

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: “Ensayo no aleatorizado de una intervención psicoeducativa integrada en las clases de Educación Maternal en un Centro de Atención Primaria para disminuir el estigma asociado a la Depresión Postparto y aumentar su detección”

Alumno: Miriam Gallardo Álvarez

Tutor: Francisco Carramiñana Barrera

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2018-2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página

1. Título del Trabajo de Investigación.....	0
2. Pregunta de investigación.....	1
3. Pregunta en formato PICO.....	1
4. Antecedentes y estado actual del tema.....	1-6
5. Justificación.....	6
6. Hipótesis.....	6
7. Objetivos de la investigación: principal, específicos.....	7
8. Materiales y métodos.....	7-11
8.1 Tipo de diseño de estudio.....	7
8.2 Población diana y población a estudio.....	7
8.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	8
8.4 Tamaño muestral.....	8
8.5 Método de muestreo.....	8
8.6 Enmascaramiento.....	8
8.7 Unidad de análisis.....	8
8.8 Método de recogida de datos.....	9
8.9 Variables.....	9
8.10 Descripción de la intervención y seguimiento.....	9-10
8.11 Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos.....	10-11
8.12 Programa estadístico a utilizar.....	11
9. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.....	11
10. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	11-15
10.1 Búsqueda de información.....	11-14

10.2	Método de cribado y de extracción de datos de los estudios.....	14
10.3	Análisis y evaluación de la calidad de los estudios.....	15
11.	Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	15
12.	Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos.....	15-16
12.1	Limitaciones.....	15-16
12.2	Fortalezas.....	16
13.	Posibles problemas éticos.....	16-17
14.	Modelo de Consentimiento informado.....	17
15.	Ley de protección de datos.....	17
16.	Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad.....	17
17.	Instalaciones, instrumentación.....	17-18
18.	Presupuesto.....	18
19.	Bibliografía.....	19-20
20.	Anexos.....	21-33
20.1	Anexo I: Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto.....	21-22
20.2	Anexo II: Guía de estudios de intervención no aleatorizados (TREND).....	23-24
20.3	Anexo III: Escala de percepción de la discriminación y desvaloración.....	25-26
20.4	Anexo IV: Registro de las variables.....	27
20.5	Anexo V: Autorización de participación en el estudio.....	28-29
20.6	Anexo VI: Plan de trabajo.....	30
20.7	Anexo VII: Temas a tratar en la sesión de Psicoeducación.....	31
20.8	Anexo VIII: Plan de difusión.....	32-33

RESUMEN

Tradicionalmente, la maternidad se ha asociado a un estado de felicidad, en el que no hay cabida para sentimientos negativos, llevando esto a un no reconocimiento de sintomatología depresiva por parte de las mujeres en este periodo. Esta reticencia a la consulta médica ante sentimientos de tristeza se ve agravada por el estigma social que acompaña a la enfermedad mental. A pesar de que la Depresión Postparto es el trastorno psiquiátrico más común en el embarazo y puerperio, las tasas de detección de la misma son muy bajas; pero esto no sólo es debido a las mujeres, sino también a la falta de información por parte de los profesionales y a la no integración de métodos de cribado de DPP en nuestra sanidad. Este problema tiene consecuencias tanto en la madre, como en los hijos y el resto de la familia, y en ausencia de diagnóstico y tratamiento podría conducir a una Depresión crónica. Por ello, la intención de este proyecto es elevar las tasas de detección de la DPP a través de una sesión psicoeducativa integrada en las clases de preparación al parto, con el objetivo de aumentar los conocimientos de las gestantes sobre este tema y disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental. De esta forma, trataremos de aumentar la consulta profesional ante sintomatología negativa. Además de ello, emplearemos la Escala de Edimburgo para la DPP como método de cribado para conocer los casos de mujeres con riesgo de Depresión Puerperal en un Centro de Atención Primaria (CAP) de Cartagena. Se trata de un estudio de intervención no aleatorizada, a través del que evaluaremos si ha disminuido el estigma asociado a la enfermedad mental en las mujeres que han recibido la sesión de Psicoeducación mediante la Escala de Percepción de la Discriminación y Desvalorización.

ABSTRACT

Traditionally, motherhood has been associated with a happiness state, in which there is no room for negative feelings, leading to a non-recognition of depressive symptomatology by women in this period. This reticence to medical consultation in the face of feelings of sadness is aggravated by the social stigma that accompanies mental illness. Although Postpartum Depression is the most common psychiatric disorder in pregnancy and puerperium, the detection rates are very low; but this is not only due to women, it is also due to the lack of information by professionals and the non-integration of PPD screening methods in our public healthcare. This problem has consequences both in the mother, as in the children and the rest of the family, and the absence of diagnosis and treatment could lead to chronic Depression. Therefore, the intention of this project is to increase the detection rates of the PPD through a psychoeducational session integrated in the childbirth preparation classes, with the aim of increasing the knowledge of the pregnant women on this subject and diminishing the associated stigma to mental illness.

In this way, we will try to increase the professional consultation when pregnant women have negative symptomatology. In addition, we will use the Edinburgh Scale for PPD as a screening method to know the cases of women at risk of Puerperal Depression in a Primary Care Center in Cartagena. This is a non-randomized intervention study, through which we will check if the stigma associated with mental illness has decreased in women who have received the Psychoeducation session through the Perception of Discrimination and Devaluation Scale.



AGRADECIMIENTOS

- ✓ En primer lugar, me gustaría dar las gracias a todo el cuerpo de profesores del Máster de Investigación en Atención Primaria de la Universidad Miguel Hernández, por su dedicación y por la formación que de ellos hemos recibido.
- ✓ A mi tutor, Francisco Carramiñana, por su comprensión durante la realización de este trabajo y su dedicación y ayuda para todo lo que he necesitado.
- ✓ Y sobre todo, quiero dar las gracias a mis padres, gracias por haberme apoyado durante este curso académico y por haber hecho posible la realización del Máster. Sin vosotros no hubiera sido posible.



2. Pregunta de investigación

Para comenzar con la estrategia de búsqueda formulamos la siguiente pregunta de investigación, realizada a través del formato PICO (Tabla 1): “¿En las mujeres embarazadas, asistir a una sesión psicoeducativa sobre la Depresión Postparto (DPP) puede disminuir el estigma asociado a la misma y aumentar su detección?”.

3. Pregunta en formato PICO

Tabla 1. Pregunta PICO	
Pregunta PICO	
Paciente (P)	Mujeres embarazadas
Intervención (I)	Intervención psicoeducativa sobre la Depresión Postparto integrada en las clases de Educación Maternal
Comparador (C)	Educación Maternal habitual
Outcome (O)	Disminución del estigma asociado a la Depresión Postparto y aumento de su detección

4. Antecedentes y estado actual del tema

El embarazo y el puerperio suelen ser considerados periodos vividos con alegría y entusiasmo por parte de la mujer. Esta tradicional asociación de la maternidad a estados de júbilo lleva a que muchas mujeres que presentan sentimientos de tristeza no los revelen, al sentirse culpables por experimentar síntomas depresivos en un periodo de supuesta felicidad, por temor a no ser comprendidas, o simplemente, porque desconocen la sintomatología, lo que tiene como consecuencia un infradiagnóstico de este problema¹ Sin embargo, en los últimos 20 años, ha habido un creciente reconocimiento por parte de las mujeres de que la gravidez, el parto y el puerperio son periodos de vulnerabilidad en los que se pueden manifestar diferentes estados relacionados con la DPP².

La Depresión Postparto o Depresión Puerperal se define como un episodio depresivo sin psicosis que comienza tras el parto o que continúa desde el embarazo (aproximadamente una de cada cinco mujeres padece síntomas depresivos durante el embarazo)³. Se considera el trastorno psiquiátrico más común en el embarazo y puerperio, oscilando las tasas de prevalencia entre el 10 y el 25% en la mayoría de los estudios⁴. Debe diferenciarse de lo que se conoce como “Postpartum Blues”, un

fenómeno caracterizado por una alteración del humor leve que ocurre en los diez primeros días tras el parto y que es transitorio³. Esta variedad en las tasas de prevalencia es debida a la falta de uniformidad en los parámetros metodológicos utilizados, a los diferentes métodos de diagnóstico¹ y a las diferencias en las poblaciones de estudio, lo que pone de manifiesto que es necesario realizar estudios para proceder a una unificación de criterios en cuanto al diagnóstico de este problema¹.

La etiología específica es desconocida, sin embargo, se han identificado muchos factores de riesgo para la depresión durante el embarazo y en el postparto⁵. Entre sus posibles causas se incluyen variables biológicas (cambios hormonales), estresores psicosociales, como un historial familiar o personal de depresión o antecedentes psiquiátricos⁶, bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, apoyo social deficiente, embarazos no planificados o una mala relación de pareja. También juegan un papel importante los factores médicos y obstétricos, como muerte prenatal o aborto involuntario⁴. Pero además de esto, nuevas investigaciones sugieren una asociación entre los síntomas premenstruales (fundamentalmente el trastorno disfórico premenstrual) de intensidad moderada-severa, bajos niveles de oxitocina durante el embarazo y no dar lactancia, con puntuaciones más altas en la Escala de Depresión de Edimburgo para embarazo y postparto (EPDS)⁴ (Anexo I).

En contraposición a estos factores de riesgo, la edad comprendida entre los 25 y 35 años, el apoyo social apropiado, una autoestima adecuada por parte de la madre, circunstancias sociales y económicas adecuadas, no tener estigma hacia las enfermedades mentales y la propensión de la mujer a buscar ayuda de profesionales de la salud se consideran factores protectores^{7,8}.

En cuanto a las manifestaciones, suelen incluir expectativas negativas sobre el futuro, llanto, labilidad emocional, fatiga, ansiedad, confusión temporal, aumento o disminución del apetito y trastornos del sueño; pero esto también puede ser experimentado a causa del estrés por el cuidado del niño, dificultándose así el reconocimiento de síntomas por parte de las mujeres^{1,3}. Esta sintomatología no es común en el postparto inmediato (sólo el 2,5% de las mujeres reconocen síntomas depresivos mayores durante los dos primeros días tras el parto), aumentando mucho la incidencia durante los tres primeros meses tras el parto y pudiendo ser triplicada a las cinco semanas del mismo¹.

Este problema tiene consecuencias tanto en la madre, como en los hijos y en la familia⁹. En la mujer supondría un aumento del riesgo para sufrir depresión en el futuro¹⁰, y en ausencia de diagnóstico y tratamiento, podría conducir a una depresión crónica¹¹. Generalmente, las madres deprimidas muestran más irritabilidad, hostilidad y más desvinculación con sus hijos¹², lo que provoca que los bebés sean menos receptivos a estímulos, que tengan temperamentos más

difíciles y que las interacciones entre madre e hijo sean de baja calidad (habiendo menos contacto piel con piel)¹³. Todo ello, puede llevar a déficits en el funcionamiento y desarrollo cognitivo, emocional, motor y neuronal del niño^{4,5,12}.

Para hacer referencia a la DPP, el DSM-V incluye la especificación “con inicio en el periparto” dentro del Trastorno Depresivo Mayor. Entre sus criterios diagnósticos, incluye la presencia en la mujer de al menos cinco de los siguientes síntomas como mínimo dos semanas durante el embarazo o en las cuatro primeras semanas tras el parto: estado de ánimo deprimido, clara disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, significativa pérdida o ganancia de peso involuntaria, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte^{4,14}. Consideramos que esta definición no es demasiado adecuada para estas mujeres por varios motivos: el primero es que establece los mismos criterios diagnósticos en cuanto a sintomatología para el período de embarazo y puerperio que para mujeres con Depresión Mayor, lo que produce una estigmatización asociada a este trastorno, teniendo como consecuencia que estas mujeres en muchas ocasiones no busquen ayuda ante este problema (al no sentirse identificadas con personas con este diagnóstico). Además de esto, considera como casos de DPP aquellos que se produzcan desde las cuatro primeras semanas del embarazo hasta las cuatro primeras semanas tras el parto, en contraposición a la mayoría de definiciones, que suelen abarcar desde el embarazo hasta el primer año tras el nacimiento¹⁵. Dada esta naturaleza estigmatizante, así como las consecuencias tanto a corto como a largo plazo, consideramos que es importante la reducción del estigma, así como considerar un método de cribado para la DPP como intervenciones esenciales de salud pública; desde la Atención Primaria (AP) se debe prestar atención a la detección de posibles síntomas que orienten a este diagnóstico, derivando a Salud Mental en los casos necesarios¹⁴.

Realizar un screening de Depresión en los controles prenatales de rutina sería un buen método para la prevención, identificación temprana y tratamiento de la Depresión durante el embarazo y el postparto¹⁶. Sin embargo, a pesar de que los métodos de cribado de la Depresión Perinatal tienen buena aceptación entre las mujeres, su aplicación no se lleva a cabo de forma generalizada, pues muchas mujeres no están dispuestas a contactar con servicios de Salud Mental en esta etapa por sentimientos de vergüenza, culpa, presión para ser una “buena madre” y miedo a perder la custodia de sus hijos¹⁵ (menos del 30% de las mujeres con resultados positivos en los métodos de screening están dispuestas a contactar con un servicio de Salud Mental, sólo se detectan alrededor del 50% de los casos y el 50% de las mujeres con diagnóstico no recibe ningún tratamiento^{5,15,17}). Pero el infradiagnóstico y la falta de tratamiento de estas mujeres no sólo son consecuencia de la falta de reconocimiento por parte de las mismas, sino que también influyen

factores provenientes de los profesionales y del Sistema Sanitario. Las barreras identificadas a nivel de los profesionales incluyen la falta de directrices o herramientas para evaluar el estado psicosocial de la embarazada, la falta de recursos y la falta de conocimientos; en cuanto al sistema destacaríamos las limitaciones de tiempo en la consulta y el acceso limitado a la atención y los recursos de Salud Mental ^{15,16}. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Academia estadounidense de Pediatría recomiendan que se evalúen los síntomas depresivos al menos una vez durante el embarazo y el postparto⁵.

Los trabajadores de servicios de AP como médicos de familia, matronas y enfermeras son el primer punto de contacto para las mujeres en este periodo y tienen la oportunidad de detectar posibles casos de DPP a través de una evaluación psicosocial; por ello, es importante su formación en este tema⁸. Estudios como el de Schmied V. et al⁸ exponen que la mayoría de las mujeres estarían dispuestas a buscar ayuda en los profesionales de AP por problemas de salud emocional, y casi todas utilizaron estos servicios alguna vez durante los tres primeros meses tras el parto por otros motivos. Este alto uso de los servicios comunitarios ofrece una buena oportunidad para indagar con sensibilidad sobre la salud psicosocial de las mujeres embarazadas. Ya son varios los países que llevan a cabo esta evaluación desde los Centros de Atención Primaria (CAP), por ejemplo, el Sistema Australiano de Salud propone incluir la evaluación psicosocial de rutina y un método de cribado de depresión en los controles llevados a cabo por la matrona durante el embarazo; además, financia programas de visitas domiciliarias tras el parto llevadas a cabo por enfermeras, servicios para las embarazadas que presentan ansiedad y hace una gestión coordinada de equipos con intervenciones multiprofesionales⁸. Las mujeres indicaron que encuentran consuelo al saber que no están solas y que les gustaría tener una gama más amplia de diferentes tipos de apoyo para problemas de salud mental como grupos educativos o de apoyo mutuo⁸. Otra de las ventajas de las intervenciones durante los controles prenatales es que las mujeres que recibieron Educación Para la Salud sobre este tema durante el embarazo tuvieron una mejor aceptación y un porcentaje de asistencia a las citas de Salud Mental más elevado⁸.

Se considera a la enfermera especialista en Salud Mental como la persona idónea para llevar a cabo esta intervención, dada la labor que tiene la enfermera en la Educación Para la Salud de la población, y en este caso en concreto, la enfermera de Salud Mental posee amplios conocimientos sobre las patologías mentales. Como bien hemos comentado anteriormente, muchos de los profesionales de AP no tienen los conocimientos suficientes para la detección de este problema ni demasiado tiempo, por lo que la figura de la enfermera especialista es esencial tanto en la formación de la población en general como de los profesionales^{15,16}.

Como factores facilitadores para abordar la DPP destacarían la disminución del estigma de las enfermedades mentales, un mayor empoderamiento de las mujeres a través del conocimiento

de la DPP, el acceso a opciones de tratamiento flexibles, mayor coordinación entre la atención obstétrica y de Salud Mental y la integración de los servicios de Salud Mental en la AP^{5,15}.

Vista la dificultad de reconocimiento de este problema por parte de las mujeres, y los déficits para su detección, se hace necesaria la prevención, consensuar el mejor método de detección, proceder a su implantación, concienciar a la población sobre la importancia de este problema y disminuir el estigma⁶. La Psicoeducación se considera un buen método para implicar a las mujeres en la identificación de este problema y para prevenirlo⁶. Además, la mayoría de las mujeres se muestran reacias a la toma de medicación durante este periodo y han considerado la Psicoterapia como un buen método de prevención y tratamiento. La Psicoterapia de apoyo utiliza técnicas como la escucha activa, la alabanza, la confianza, el estímulo, la reformulación, la expansión de la conciencia del paciente y la orientación temprana para prevenir y mejorar los síntomas psiquiátricos o ayudar a reforzar la capacidad del individuo para hacer frente a una crisis o un problema transitorio¹². Como ventajas, podemos destacar, que llevada a cabo por parte de la enfermera de Salud Mental a nivel comunitario podría ser difundida a un grupo amplio de población, además de ser viable, segura y aceptada entre las mujeres (la satisfacción con la intervención proporciona evidencia de la aceptabilidad de este método)⁸. Las intervenciones preventivas han sido justificadas como aplicables en todas las mujeres (tanto si presentan alto como bajo riesgo). Se ha estudiado el impacto de intervenciones de prevención (Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoeducación, Educación Para la Salud, visitas domiciliarias o seguimiento telefónico ^{4,18,19}) a través de estudios de casos y controles, siendo las tasas de DPP mayores en los grupos de control. Este tipo de tratamiento es más aceptado que el farmacológico, análisis como el de Stephens S. et al¹⁰ han realizado comparaciones entre el tratamiento de la DPP con terapia farmacológica y con intervenciones psicológicas realizadas en entornos comunitarios. Los resultados indicaron que las intervenciones psicológicas disminuyeron las tasas de sintomatología depresiva de forma más inmediata, y que se produjeron mejoras en la ansiedad, en el estrés y en las relaciones maritales¹⁰.

Las ideas sobre la Educación Para la Salud a nivel comunitario están basada en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, el cual expone que para que exista una sociedad tiene que haber un contexto, el cual nos condiciona en mayor o menor grado por el simple hecho de que estamos insertados en él. Las opiniones que tenga la población en general sobre algún tema y nuestras relaciones sociales condicionan nuestros pensamientos; por lo que en nuestro caso, nuestra opinión sobre la DPP y el estigma asociado a la misma y a la enfermedad mental en general, condicionan nuestros pensamientos. Por ello, es importante que la Psicoeducación se lleve a cabo a nivel comunitario, de forma que llegue a gran parte de la población.

En cuanto a los diferentes métodos de cribado, es importante su estudio, para así poder decidir cuál es el más recomendable y el momento idóneo para llevarlo a cabo. En la elección del

instrumento de cribado, deberíamos tener en cuenta que ha de ser de bajo coste, fácil de administrar, causar el mínimo malestar y tener una alta fiabilidad y validez¹⁶. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda siete pruebas de detección que han sido validadas para el uso durante el embarazo y el posparto: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de Detección de Depresión Postparto, el Cuestionario de Salud del Paciente-9, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la Escala de Depresión de Autoevaluación de Zung⁹. La mayoría de las publicaciones identifican la EPDS como el instrumento más ampliamente usado como cribado de la Depresión tanto durante el embarazo como en el período postnatal, y lo consideran como el más preciso. Según el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) el momento más adecuado para llevar a cabo el screening para Depresión Perinatal es el tercer trimestre durante el embarazo, y a las 4-6 semanas y 3-4 meses tras el parto ^{1,11}.

5. Justificación

Como hemos podido observar anteriormente, existe un gran estigma asociado a la DPP y a la patología psiquiátrica en general, lo que tiene como consecuencia una difícil detección de la misma. Hemos de trabajar para luchar contra esto y aumentar la calidad de la atención de los pacientes, así como integrar métodos de cribado de DPP en nuestro sistema, para lo que es fundamental concienciar sobre la importancia de este problema, tanto a la población en general como a los profesionales. Medidas sencillas y poco costosas como añadir la Escala de Edimburgo a la evaluación de las embarazadas e integrar la Educación Para la Salud en los programas de preparación al parto podrían ayudar a vencer este estigma y a aumentar los conocimientos sobre la Depresión en el Puerperio. La Psicoeducación incorporada en la Educación Maternal llegaría a un gran número de mujeres. Asimismo, trabajaríamos en la dirección de normalizar la atención psicosocial en la educación a la embarazada, puesto que se trabajan mucho los cambios físicos relacionados con el embarazo y el postparto, pero lo psicológico suele quedar relegado a un segundo plano. Esta intervención impulsaría los tres niveles de prevención: se ayudaría a las embarazadas a evitar los estados depresivos (prevención primaria), se fomentaría el diagnóstico precoz (prevención secundaria) y se tratarían los casos diagnosticados (prevención terciaria).

6. Hipótesis

El uso de la Escala de Edimburgo como método de cribado del riesgo de padecer DPP, junto con una sesión de Psicoeducación integrada en las clases de Educación Maternal de un CAP, aumentarán la detección de este problema y disminuirán el estigma asociado al mismo.

7. Objetivos de la investigación

Principales:

1. Disminuir el estigma asociado a la DPP entre las mujeres embarazadas y en la población en general.
2. Elevar las tasas de detección de los casos de Depresión Puerperal.

Específicos

- Aumentar los conocimientos sobre la DPP en las mujeres embarazadas.
- Enseñar a las mujeres a reconocer los síntomas asociados a la DPP.
- Fomentar la coordinación entre los servicios de AP y de Salud Mental.
- Mejorar la calidad de los servicios a las mujeres con DPP o con riesgo de sufrirla.
- Evaluar la aceptabilidad y el reconocimiento de la Psicoeducación asociada a la Depresión Puerperal entre las mujeres embarazadas.

8. Materiales y métodos:

Tipo de diseño de estudio

Se trata de un estudio de intervención no aleatorizada (cuasiexperimental), longitudinal y prospectivo mediante el cual se recoge información a través de una serie de preguntas en forma de encuesta (metodología cuantitativa), que dará a conocer si existe una relación entre la Psicoeducación y la detección precoz de la DPP, así como una disminución del estigma relacionado con la misma. Para evitar sesgos en la realización del estudio se utilizó la lista de comprobación TREND, extraída de ECUATOR (Anexo II).

Población diana y población a estudio

Población de estudio: mujeres embarazadas.

Sujetos del estudio: mujeres embarazadas que asisten a las clases de preparación al parto con la matrona en el CAP de Cartagena Oeste.

Métodos y procedimiento de reclutamiento: utilización de una lista alfanumérica en la que se incluyen todas las mujeres embarazadas pertenecientes al CAP Cartagena Oeste. Se elegirán dos grupos de Educación Maternal, impartidos en diferentes momentos, y se decidirá de manera aleatoria simple en cual se llevará a cabo la intervención y en cual no. La matrona se encargará de reclutar a las embarazadas durante su primera consulta de embarazo con la misma.

Registro de los datos: se llevará a cabo en la sala de grupos del CAP. Las participantes registrarán los datos correspondientes a las escalas autoadministradas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: estar embarazada, tener más de 18 años, asistir a las clases de preparación al parto, comprensión escrita y hablada del castellano.

Criterios de exclusión: tener dificultades cognitivas, retraso mental, demencia u otro cuadro orgánico cerebral severo; no prestar consentimiento informado; negativa por parte del tutor legal en caso de estar incapacitada.

Tamaño muestral

La selección de la muestra será de tipo no probabilística, y la estrategia de muestreo por conveniencia. La muestra estará formada por todas las mujeres que asistan a los talleres de Educación Maternal y presten su consentimiento, que suelen ser grupos de 15-20 personas.

Método de muestreo

Se asignará a los sujetos a la intervención a través de una selección aleatoria en la que se incluirán dos grupos de gestantes que asisten a los talleres de preparación al parto. En uno, se llevará a cabo la sesión de Psicoeducación y la administración de los test de Estigma Social y Cribado de la DPP y en el otro, las mujeres solamente tendrán que completar los cuestionarios.

Procedimiento usado para asignar las unidades: selección personal por parte del investigador del CAP. Selección aleatorizada del grupo en el que se llevará a cabo la intervención.

Enmascaramiento

El investigador no conocerá los nombres de las mujeres incluidas en el estudio. Se les identificará mediante la asignación de un número. La matrona, que será la encargada de reclutar a las gestantes, conocerá los nombres de las mismas y les asignará dicho número, pero ella no participará en la realización de la Psicoeducación, por lo que no influirá en los resultados.

Unidad de análisis

Los individuos serán asignados al grupo experimental y control de forma grupal, efectuándose el análisis a nivel grupal, comparando el grupo en el que se llevará a cabo la intervención y el que no. Sin embargo, la evaluación del riesgo de DPP a través de la Escala de Edimburgo se efectuará a nivel individual, puesto que consideramos que nuestra intervención no va a influir en los resultados de este método de cribado y tan sólo se busca medir el riesgo que presenta cada gestante de padecer DPP en tres momentos del embarazo. Además de ello, también se evaluarán los cambios individuales de cada mujer en las dos escalas a lo largo de los tres tiempos del estudio.

Método de recogida de datos

Para la realización del proyecto se han utilizado tres cuestionarios:

- Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (descrita en Anexo I).
- Escala de percepción de la Discriminación y Desvaloración (descrita en Anexo III).
- Cuestionario de datos sociodemográficos (descrito en Anexo IV).

Variables

Variables independientes: dentro de las variables independientes de este estudio por un lado tenemos las sociodemográficas: edad (cuantitativa continua), nacionalidad (cualitativa nominal), nivel de estudios (cualitativa ordinal), situación laboral (cualitativa nominal), estado civil (cualitativa nominal), primigesta: sí o no (cualitativa dicotómica), presenta buen apoyo familiar: sí o no (cualitativa dicotómica), enfermedad mental previa: sí o no (cualitativa dicotómica), familiar con enfermedad mental: sí o no (cualitativa dicotómica). Por otro lado tenemos el riesgo de padecer DPP, valorado con la Escala de Edimburgo a través de respuestas valoradas con una escala tipo Likert de cuatro puntos (cuantitativa discreta).

Variables dependientes: resultados de la escala autoadministrada para la valoración del estigma social asociado a la enfermedad mental. Resultados medidos mediante una escala tipo Likert con cuatro puntos (Muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo). Cuantitativa discreta.

Descripción de la intervención y seguimiento

En qué consiste la intervención: se elegirán dos grupos de mujeres que asisten al taller de Educación Maternal, impartidos en distintos momentos, en uno se llevará a cabo una sesión de Psicoeducación (grupo experimental) y en el otro no (grupo de control). La intervención consiste en impartir una sesión psicoeducativa integrada en el taller de Educación Maternal para gestantes, con el objetivo de disminuir el estigma asociado a la DPP y aumentar los conocimientos de las embarazadas sobre la Depresión en este periodo, para así, elevar de forma indirecta el número de mujeres que buscan ayuda profesional ante este problema y la detección de mujeres con riesgo de sufrir Depresión Puerperal.

Además, las gestantes de ambos grupos deberán completar la “Escala de percepción de Discriminación y Desvaloración” (a través de la que mediremos el estigma sobre la enfermedad mental en estas mujeres y evaluaremos si disminuye tras llevar a cabo nuestra intervención) (Anexo

III) y la “Escala Edimburgo para la valoración de la DPP” (Anexo I). Los cuestionarios habrán de completarse en tres tiempos:

- **T0:** en la primera clase de Educación Maternal con la matrona, antes de haber realizado nuestra sesión psicoeducativa. En este punto, la matrona será la encargada de dar los cuestionarios a las gestantes, no siendo necesaria la intervención del investigador principal (enfermera especialista en salud mental).
- **T1:** justo tras la Psicoeducación, realizada por la investigadora principal (que también se encargará de repartir los cuestionarios).
- **T2:** en la última clase de Educación Maternal. Al igual que en T0, los cuestionarios serán administrados por la matrona. Esta clase de Educación Maternal será llevada a cabo por la enfermera obstétrico-ginecológica, y no tendrá relación alguna con nuestra intervención.

La matrona será la encargada de repartir los cuestionarios en los tres tiempos en el grupo de control.

Unidad de administración: intervención en embarazadas, en grupos de 15-20 sujetos.

Instalaciones: sala de grupos del CAP de Cartagena Oeste.

Cantidad y duración: la intervención será realizada en una sesión de 2:00 horas.

Cronología: la Psicoeducación se realizará en el punto intermedio del taller de preparación al parto. Los cuestionarios, como hemos dicho anteriormente, se administrarán en tres tiempos.

Medidas propuestas para mejorar la adhesión al estudio: trípticos informativos, cartel en el centro y los profesionales sanitarios lo comentarán a las embarazadas personalmente.

Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos

Los datos recogidos a través de los cuestionarios quedarán registrados en una base de datos codificada, elaborada con Microsoft Excel. Tras este registro, se hará un examen exhaustivo de los datos para detectar posibles errores. Seguidamente, realizaremos el análisis descriptivo de los datos, en el que las variables numéricas (cuantitativas) se resumirán con medias y desviaciones típicas si son simétricas; o con medianas y cuartiles si son asimétricas. En el caso de las variables cualitativas, los resultados serán expresados con porcentajes.

Posteriormente, procederemos a analizar la información procedente de los test. Para la comparación de las variables independientes utilizaremos la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, puesto que la muestra será menor de 30.

En el caso de la comparación entre las variables cualitativas de los dos grupos (variables sociodemográficas del estudio) emplearemos el test Chi-cuadrado o el test exacto de Fischer.

En cuanto a la comparación de la información cuantitativa del test de estigma social entre grupo experimental y el grupo de control utilizaremos la prueba de Kruskal-Wallis (alternativa no paramétrica de la ANOVA), de cara a comparar la variabilidad entre grupos y entre individuos.

Con el objetivo de que los resultados del estudio se consideren significativos emplearemos un nivel de significación ($p < 0,05$) y un intervalo de confianza del 95%.

Programa estadístico a utilizar

Para realizar el análisis estadístico emplearemos el programa SPSS Statistics v24.

9. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis

Este proyecto de investigación sería muy aplicable a nuestra práctica diaria. Las clases de Educación Maternal están muy integradas en nuestros servicios de salud, por lo que incluir Psicoeducación sobre DPP en estas sesiones sería muy factible. Trataríamos el tema de la Depresión Puerperal sin tabús, disminuyendo el estigma asociado a la misma, lo que fomentaría su detección precoz y por tanto la reducción de complicaciones de una forma muy sencilla. El CAP nos ofrece un nivel de atención muy accesible, por lo que la información sobre este taller podría llegar prácticamente a todas las mujeres embarazadas a través de la matrona.

10. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Búsqueda de información

Como hemos visto anteriormente, para comenzar con la estrategia de búsqueda formulamos la pregunta de investigación a través del formato PICO. Una vez que tuvimos clara la pregunta y cual era nuestro objetivo, comenzamos con la búsqueda de bibliografía. Para facilitar la formación de las cadenas de búsqueda y emplear una terminología adecuada lo primero que hicimos fue consultar los principales tesauros y obtener así los descriptores que necesitábamos. Utilizamos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y seguidamente Medical Subject Headings (MeSH) (tabla 2).

Tabla 2. Descriptores empleados		
DeCs	Descriptores español	Depresión Postparto
		Depresión Puerperal
		Diagnóstico
		Detección temprana
		Psicoeducación
	Educación Para la Salud	
	Descriptores inglés	Postpartum depression
		Puerperal depression
		Diagnosis
		Early detection
Psychoeducation		
Education for health		
MeSH	Descriptores inglés	Postpartum depression
		Diagnosis
		Psychoeducation
		Education for health

Para la realización de este estudio, en primer lugar se recogió información de distintas fuentes primarias. Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de varias bases de datos, fundamentalmente PubMed y se consultaron algunos manuales y páginas oficiales relacionadas con los objetivos del estudio.

Para ello, primeramente se utilizaron los Mesh con las siguientes palabras clave: Postpartum depression, Puerperal depression, Psychoeducation, Education for health, Diagnosis, Early detection. Además se emplearon operadores booleanos (AND, OR, NOT) para darle a la búsqueda un orden lógico y acotar la cantidad de información encontrada.

Algunas de las cadenas que utilizamos en las bases de datos fueron las siguientes:

- “(Postpartum depression) AND (Psychoeducation)”
- “(Postpartum depression) AND (Education for health)”
- “(Postpartum depression) AND (Diagnosis)”
- “(Postpartum depression) AND (Early detection)”

- “(Puerperal depression) AND (Psychoeducation)”
- “(Depresión postparto) AND (Psicoeducación)”
- “(Depresión postparto) AND (Educación para la Salud)”
- “(Depresión postparto) AND (Diagnóstico)”
- “(Depresión postparto) AND (Detección temprana)”
- “(Postpartum depression) OR (Puerperal depression)”

Tal y como se observa en la Tabla 3, la primera base de datos que consultamos fue una de las proporcionadas por la National Library of Medicine (NLM); PUBMED, ya que se trata de un sistema de búsqueda gratuito.

Tabla 3. Búsqueda en PUBMED	
PUBMED	
Cadena de búsqueda	Límites de búsqueda
“ Postpartum depression” OR “Puerperal depression”	5 years, humans, free full text
“(Postpartum depression) AND (Psychoeducation)”	5 years, humans, free full text
“(Postpartum depression) AND (Educacion for Health)”	5 years, humans, free full text
“(Postpartum depression) AND (Diagnosis)”	5 years, humans, free full text
“(Postpartum depression) AND (Early detection)”	5 years, humans, free full text

En la Tabla 4, continuamos la búsqueda en Scientific Electronic Library Online (SciELO), que se trata de una biblioteca virtual constituida por una colección de revistas científicas españolas de Ciencias de la Salud que nos pueden resultar útiles.

Tabla 4. Búsqueda en SciELO	
SciELO	
Cadena de búsqueda	Límites de búsqueda
“(Postpartum depression) AND (Psychoeducacion)”	
“(Postpartum depression) AND (Early detection)”	2013,2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

En la Tabla 5, aparecen las cadenas empleadas en CUIDEN, recurso de la fundación Index y que también incluye producción científica sobre Cuidados de Salud desde 1978. En la Tabla 6, continuamos la búsqueda en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud).

Tabla 5. Búsqueda en CUIDEN	
CUIDEN	
Cadena de búsqueda	Límites de búsqueda
“(Postpartum depression) AND (Psychoeducation)”	Sin límites
“(Postpartum depression) AND (Diagnosis)”	Sin límites
“Depresión Postparto”	Sin límites

Tabla 6. Búsqueda en LILACS	
LILACS	
Cadena de búsqueda	Límites de búsqueda
“(Postpartum depression) AND (Psychoeducation)”	Sin límites
“(Postpartum depression) AND (Early detection)”	Sin límites

Finalmente accedimos a la Biblioteca Cochrane Plus para poder obtener más revisiones de interés, mediante una búsqueda asistida con la cadena “postpartum depression” and “early detection”. Además también utilizamos una búsqueda simple con el término “depresión postparto” para conseguir más resultados.

Concluida la búsqueda de estudios originales, procedimos a la selección de una Guía de Práctica Clínica utilizando la página web de Guía Salud. También se ha empleado búsqueda inversa para la selección de los artículos de interés.

Método de cribado y de extracción de datos de los estudios

Para poder identificar los artículos que responden a la pregunta inicialmente planteada, comenzamos con la lectura del título y abstract, fijándonos en el diseño del estudio, intervención que se lleva a cabo, características de la muestra, resultados y aspectos relevantes del estudio.

Análisis y evaluación de la calidad de los estudios

Una vez realizada la búsqueda y la selección de los artículos de interés, realizamos una lectura crítica de cada uno de los ensayos y revisiones sistemáticas mediante la Guía de Valoración crítica de Ensayos Clínicos Aleatorios y la Guía de Valoración crítica de Revisiones Sistemáticas del Critical Appraisal Skills Program (CasPe) e incorporamos aquellos estudios que presentaron una puntuación igual o superior a 6. Además también efectuamos un análisis crítico de las Guías de Práctica Clínica incluidas mediante el instrumento AGREE II. El objetivo de estas lecturas fue evaluar los errores sistemáticos y la validez del estudio.

11. Calendario y cronograma previsto para el estudio

		CRONOGRAMA															
		2019											2020				
FASES	ACTIVIDADES	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
PRIMERA	Revisión bibliográfica	■	■														
	Diseño y redacción del proyecto de investigación			■	■	■											
	Solicitud de participación de los servicios implicados						■										
	Concreción del contenido de la sesión psicoeducativa						■										
	Presentación del proyecto al Comité de Investigación						■										
SEGUNDA	Preparación del material y organización con el CAP								■								
	Reuniones con la matrona								■								
	Desarrollo del estudio: sesión psicoeducativa y entrega de cuestionarios									■	■	■					
TERCERA	Recogida de datos derivados de las encuestas												■	■			
	Análisis de los datos												■	■			
	Elaboración de resultados y conclusiones												■	■			
CUARTA	Elaboración del artículo científico															■	
	Difusión del artículo															■	■

En el Anexo VI se incluye el plan de trabajo.

12. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Escala de percepción de la Discriminación y Desvaloración no es específica de la DPP.
- No todas las enfermedades mentales tienen las mismas connotaciones.

- El hecho de que los cuestionarios sean autoadministrados requiere que las encuestadas lean y comprendan adecuadamente lo que se les pregunta. Para ello, la enfermera estará a disposición de las participantes, para resolver cualquier posible duda.
- Efecto de deseabilidad social. Tendencia a contestar lo socialmente adecuado, respondiendo lo que se supone que se espera que responda. Se les hará hincapié antes de completar los cuestionarios en que respondan lo que realmente sienten.
- El tamaño muestral es pequeño y que puede resultar insuficiente, en función del número de participantes que renuncien o las bajas que haya. En caso de muestra insuficiente se reclutarán también las mujeres del próximo grupo de Educación Maternal que se haga.
- Los grupos de Educación Maternal incluyen mujeres en diferentes etapas de gestación.
- Posibilidad de sesgo de información como consecuencia del “Efecto Hawthorne”, ya que las participantes son conscientes del grupo en el que se hallan y de que están siendo estudiadas.
- La selección del CAP no es aleatorizada, lo que podría producir un sesgo de selección. Además podría verse afectada la validez externa, puesto que la muestra podría no ser representativa de la población a estudio.

FORTALEZAS:

- Bajos costes de material y personal.
- Tema poco estudiado, lo que ayudaría a aumentar los conocimientos sobre el tema.
- Alta motivación por parte de los investigadores.
- Mejora de la calidad asistencial tras conocer el riesgo de DPP de las mujeres y disminución del estigma social asociado a la misma.
- Facilidad para captar a los sujetos del estudio.
- Las opiniones pueden cambiar fácilmente según el momento y la situación, por lo que realizar nuestro estudio en tres tiempos hace que tengamos en cuenta que el tiempo puede influir en la percepción y que las respuestas pueden variar.

13. Problemas éticos

Para llevar a cabo esta investigación se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- ✓ El ingreso en el estudio será voluntario e informado, para lo que se ha creado una hoja de consentimiento informado.

- ✓ Se respetan los principios enunciados de la Declaración de Helsinki adoptada en junio de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013.
- ✓ Se respetarán las normas de Buena Práctica Clínica propuestas por la Comunidad Económica Europea.
- ✓ Se respeta el Código Deontológico de la Enfermería Española aprobado en julio de 1989.
- ✓ Se declara que los investigadores no tienen conflicto de intereses.
- ✓ El proyecto será presentado al Comité de Ensayos Clínicos e Investigación del centro en el que se llevará a cabo.

14. **Modelo de consentimiento informado** (ver anexo V)

15. **Ley de protección de datos**

Toda la información recogida será confidencial y secreta por parte del equipo investigador implicado. Esto está amparado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD), que realiza la transposición a nuestra legislación estatal de la Directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

16. **Personal que participa en el estudio y cuál es su responsabilidad**

Investigador principal: enfermera especialista en salud mental. Será la encargada del diseño del estudio, de la elaboración del contenido de la sesión de Psicoeducación, del diseño de los cuestionarios, del análisis de los resultados y de la difusión del estudio.

Segundo investigador: matrona del CAP Cartagena oeste. Colaborará en la realización del estudio. Será la encargada de reclutar a las participantes y pasará los cuestionarios al grupo experimental en T0, T2 y en los tres tiempos al grupo de control.

Estadístico: ayudará a realizar el análisis de los datos recogidos.

17. **Instalaciones, instrumentación**

Instalaciones: sala de grupos del CAP Cartagena Oeste.

Recursos humanos de los que disponemos:

- ✓ Enfermera especialista en salud mental para llevar a cabo el proyecto.

- ✓ Matrona del CAP para la colaboración con el estudio.

Recursos materiales de los que disponemos:

- ✓ Ordenador con internet y acceso al programa informático Selene y paquete estadístico SPSS. Proyector.
- ✓ Impresora y fotocopidora para la impresión de las encuestas y los trípticos.
- ✓ Material de oficina: folios, bolígrafos, grapadoras y archivadores.
- ✓ Coche y gasolina.

18. Presupuesto

PRESUPUESTO	
Gastos de Personal	Euros
-Personal estadístico que ofrece apoyo a la investigación	500€
SUBTOTAL	500€
Gastos de Ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (inventariable, fungible y otros gastos) Material fungible (bolígrafos, folios, grapadoras, archivadores, tóner de impresora).	100 €.
SUBTOTAL	100€
b) Viajes y Dietas	
-Congresos nacionales e internacionales y Jornadas de Enfermería en los que se presentará el proyecto (inscripción, estancia y dietas).	1000 €.
-Transporte público para la asistencia al Centro de Atención Primaria.	20 €.
SUBTOTAL	1020€
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	100€
TOTAL	1620€

19. Bibliografía

1. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. In postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy & Childbirth* [Internet] 2014 [consultado Marzo 2019]; 14(402). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4279462/>
2. Paranhos de Albuquerque Moraes G, Lorenzo L, Reinaux Pontes GA, Montenegro MA, Cantilino A. Trends in Psychiatry and Psychotherapy [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 39(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000100054&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Miller ML, Kroska EB, Grekin R. Immediate Postpartum Mood Assessment and Postpartum Depressive Symptoms. *HHS Public Access* [Internet] 2016 [consultado Marzo 2019]; 207:69-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5107139/>
4. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *HHS Public Access* [Internet] 2014 [consultado Marzo 2019]; 16(9):468. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4920261/>
5. Ko JY, Rockhill KM, Tong VT, Morrow B, Farr SL. Trends in Postpartum Depressive Symptoms—27 States, 2004, 2008, and 2012. *MMWR* [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 66(6):153-158. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657855/>
6. Ugarte A, López-Peña P, Serrulla C, Torregaray JG, Arrieta MA, Zabalza MT et al. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 17(13). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237273/>
7. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM et al. The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study. *HHS Public Access* [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 34(2):178-187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462547/>
8. Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin MP, Johnson M et al. Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: a prospective study. *BMC Women's Health*. [Internet] 2016 [consultado Marzo 2019]; 16(69). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078921/>
9. Paranhos de Albuquerque Moraes G, Lorenzo L, Reinaux Pontes GA, Montenegro MA, Cantilino A. Trends in Psychiatry and Psychotherapy [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 39(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000100054&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine* [Internet] 2016 [consultado Marzo 2019]; 14(5): 463-472. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394369/>

11. El-Hachem C, Rohayem J, Khalil RB, Richa S, Kesrouani A, Gemayel R et al. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry* [Internet] 2014 [consultado Marzo 2019]; 14 (242). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4172818/>
12. Goodman JH. Perinatal Dyadic Psychotherapy: Design, Implementation, and Acceptability. *NIH Public Access* [Internet] 2013 [consultado Marzo 2019]; 19(3): 295-323. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144803/pdf/nihms615584.pdf>
13. Milgrom J, Holt Charlene. Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central* [Internet] 2014 [consultado Marzo 2019]; 15 (385). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195961/>
14. Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, Rodríguez de la Vega P, et al. The association between pregnancy intendedness experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 [consultado Marzo 2019]; 96(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5312985/>
15. Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D, Pbert L. Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals. *HHS Public Access* [Internet] 2013 [consultado Marzo 2019]; 25(6):598-604. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107904/>
16. Chorwe-Sungani, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry* [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 17(112). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366121/>
17. Di Florio A, Putnam K, Altemus M, Apter G, Bergink V, Bilszta J et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using de Edimburgh Postnatal Depression Scale. *HHS Public Access* [Internet] 2017 [consultado Marzo 2019]; 47(5):787-799. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369767/pdf/nihms852473.pdf>
18. Gao L, Xie W, Yang X, Wai-chi Chan S. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* [Internet] 2015 [consultado Marzo 2019]; 52(1):22-29. Disponible en: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(14\)00163-1/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(14)00163-1/fulltext)
19. Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, Walters SJ. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med.* [Internet] 2011[consultado Marzo 2019]; 41(4): 730-748. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042795/>

1. Anexos

ANEXO I: ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSTPARTO

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de diez preguntas sobre distintos sentimientos relacionados con la depresión postnatal en los últimos siete días. Cada pregunta se evalúa con una puntuación del 0 al 3 (puntuaciones más altas, peor sintomatología). Entre sus ventajas podemos destacar que es corto, tan sólo se llevan unos 5 minutos en completarlo, y que es preciso². No existe consenso sobre la puntuación indicativa de riesgo de DPP, sin embargo, el punto de corte 12/13 ha sido considerado como el mejor umbral para identificar a las mujeres con riesgo, con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 78%. Esta escala fue validada por Cariniello et al en 1997 y posteriormente por Benvenuti et al, quienes usando 12/13 puntos como umbral, estimaron el máximo valor predictivo positivo en 90.9%⁵.

Las preguntas de este cuestionario tienen como finalidad conocer su estado de ánimo durante su embarazo.

Por favor, **haga un círculo** en la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

-Es muy importante que sus **respuestas sean sinceras** y exprese libremente cómo se siente.
-Recuerde que la **información** contenida en este test es totalmente **confidencial** y que todas sus respuestas serán tratadas con la **máxima discreción**.

Por favor, pídanos ayuda si alguna pregunta no le resulta clara o si encuentra algún problema al contestar el cuestionario. Lea atentamente las preguntas y **tómese el tiempo necesario** para responder.

¡Recuerde que es muy importante que las respuestas reflejen su verdadera opinión!

Evaluación: 3 lo más bueno, 0 lo más malo.

En los últimos 7 días:

• **He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:**

3. Tanto como siempre.
2. No tanto ahora.
1. Mucho menos.
0. No, no he podido.

• **He mirado el futuro con placer:**

3. Tanto como siempre.
2. Algo menos de lo que solía hacer.
1. Definitivamente menos.
0. No, nada.

• **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.**

3. Sí, la mayoría de las veces.
2. Sí, algunas veces.
1. No muy a menudo.
0. No, nunca.

• **He estado ansiosa y preocupada sin motivo.**

3. No, para nada.
2. Casi nada.
1. Sí, a veces.
0. Sí, a menudo.

• **He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.**

3. Sí, bastante.
2. Sí, a veces.
1. No, no mucho.
0. No, nada.

• **Las cosas me oprimen o agobian.**

3. Sí, la mayor parte de las veces.
2. Sí, a veces.
1. No, casi nunca.
0. No, nada.

• **Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.**

3. Sí, la mayoría de las veces.
2. Sí, a veces.
1. No muy a menudo.
0. No, nada.

• **Me he sentido triste y desgraciada.**

3. Sí, casi siempre.
2. Sí, bastante a menudo.
1. No muy a menudo.
0. No, nada.

• **He sido tan infeliz que he estado llorando.**

3. Sí, casi siempre.
2. Sí, bastante a menudo.
1. Sólo en ocasiones.
0. No, nunca.

• **He pensado en hacerme daño a mí misma.**

1. Sí, bastante a menudo.
2. A veces.
1. Casi nunca.
0. No, nunca.



ANEXO II: GUÍA DE ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN NO ALEATORIZADOS (TREND)

El cuestionario TREND (versión 1.0)			
Sección	N.º	Descripción	Ejemplo
Título y resumen	1	Información sobre el procedimiento de asignación de las intervenciones. Resumen estructurado. <i>Información de la población objetivo y de la estudiada. Antecedentes científicos y justificación del método empleado</i>	1
Introducción			
Antecedentes	2	<i>Teorías en las que se basa el diseño de intervenciones sobre el comportamiento</i>	2
Métodos	3	Criterios de selección de participantes, <i>incluidos criterios de inclusión en los diferentes niveles de reclutamiento y el plan de muestreo (ejemplo: ciudades, clínicas, sujetos)</i>	
Participantes		Métodos de reclutamiento (ejemplo: derivación, selección propia), incluido el <i>método de muestreo</i> si se utilizó un plan sistemático de muestreo.	3.1
		Lugares e instalaciones en que se efectuó el registro de datos	3.2
Intervenciones	4	Detalles de las intervenciones propuestas para cada alternativa en estudio, y cómo y cuándo se las administró, incluyendo específicamente: elemento/sustancia; ¿qué fue lo que se administró? Método de administración: ¿cómo se administró el elemento o la sustancia? <i>Unidad de administración: ¿cómo se agrupó a los sujetos durante el proceso de administración? ¿Quién administró la intervención?</i>	4.1
		<i>Instalaciones en las que se administró la intervención</i>	4.2
		Cantidad y duración de la exposición: ¿cuántas sesiones o episodios o acontecimientos se propuso? ¿Cuánto tiempo se propuso que duraran?	4.3
		Cronología: ¿cuánto tiempo se consideró necesario para administrar la intervención a cada unidad?	4.4
		<i>Medidas propuestas para mejorar el cumplimiento o la adhesión al estudio (ejemplo: incentivos)</i>	4.5
Objetivos	5	Objetivos específicos e hipótesis	
Variables	6	Variables principales y secundarias que miden la respuesta, claramente definidas. <i>Métodos utilizados para registrar los datos y todos los métodos utilizados para mejorar la calidad de las determinaciones. Información sobre el empleo de instrumentos validados, tales como pruebas psicométricas o biométricas</i>	6
Tamaño muestral	7	Forma de determinar el tamaño muestral y, cuando resulte adecuado, descripción de los análisis intermedios y de las reglas de parada del estudio	
Método de asignación	8	<i>Unidad de asignación (si la unidad que se asigna a cada alternativa en comparación es un individuo, grupo o comunidad). Procedimiento usado para asignar las unidades, incluya la información sobre cualquier criterio de exclusión (ejemplo: formación de bloques, estratificación, minimización). Inclusión de los métodos utilizados para reducir los sesgos potenciales por no haber distribuido la muestra de forma aleatoria (ejemplo: apareamiento)</i>	8
<i>Método de asignación</i>	8	<i>Unidad de asignación (si la unidad que se asigna a cada alternativa en comparación es un individuo, grupo o comunidad). Procedimiento usado para asignar las unidades, incluya la información sobre cualquier criterio de exclusión (ejemplo: formación de bloques, estratificación, minimización). Inclusión de los métodos utilizados para reducir los sesgos potenciales por no haber distribuido la muestra de forma aleatoria (ejemplo: apareamiento)</i>	8
Enmascaramiento	9	Especificación de si los participantes, los que administraron la intervención y los que valoraron los resultados desconocían o no la asignación de los participantes a las alternativas estudiadas. En caso afirmativo, información acerca de <i>cómo se cumplió</i> el anonimato y las medidas utilizadas para verificarlo	9
Unidad de análisis	10	<i>Descripción de la unidad más pequeña analizada para valorar los efectos de la intervención (ejemplo: individuo, grupo o comunidad). Si la unidad analizada difiere de la unidad asignada en el estudio, qué método analítico se ha usado para controlar esta diferencia (ejemplo: ajustando las estimaciones del error estándar mediante el efecto de diseño o utilizando análisis multivariante)</i>	10
Métodos estadísticos	11	Métodos estadísticos empleados para analizar las variables principales, incluidas las técnicas más sofisticadas de análisis de datos. Métodos estadísticos utilizados para análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados. <i>Métodos para gestionar los valores faltantes y, si se incluyen, determinar sus valores. Programas estadísticos utilizados</i>	
Resultados			
Flujo de participantes	12	Flujo de participantes en las diferentes etapas del estudio: reclutamiento, asignación, inclusión y exposición a la intervención, seguimiento y análisis (se recomienda utilizar un diagrama) Reclutamiento: número de participantes cribados; elegibles; no elegibles; que rechazaron la inclusión, e incluidos en el estudio Asignación: número de participantes asignados de acuerdo con las condiciones del estudio Inclusión y exposición a la intervención: número de participantes asignados a cada alternativa del estudio y número de participantes que recibieron estas alternativas Seguimiento: número de participantes en cada alternativa del estudio; número de los que completaron y no completaron el seguimiento (ejemplo: pérdidas de seguimiento) Análisis: número de participantes incluidos y excluidos del análisis principal, para cada alternativa estudiada Descripción de las desviaciones del protocolo, junto con los respectivos motivos	
Reclutamiento	13	Fechas correspondientes a los períodos de reclutamiento y de seguimiento	
Datos basales	14	Datos demográficos basales y características clínicas de los participantes según cada alternativa del estudio. <i>Comparación de los datos basales de las pérdidas de seguimiento y de los participantes que completaron el estudio, en conjunto y según las alternativas estudiadas. Comparaciones entre los datos basales de la población estudiada y de la población diana</i>	14

TABLA 1

El cuestionario TREND (versión 1.0) (continuación)

Sección	N.º	Descripción	Ejemplo
Datos basales, equivalencia	15	Información sobre la equivalencia basal de los grupos estudiados y métodos estadísticos utilizados para controlar las diferencias basales	15
Análisis cuantitativo	16	Número de participantes (denominador) incluidos en el análisis de cada alternativa del estudio, especialmente cuando los denominadores cambian en diferentes resultados; exposición de los resultados en cifras absolutas cuando sea posible Indicación de si la estrategia del análisis se basa en la «intención de tratar» o, en caso contrario, descripción de cómo se analiza a los participantes que no cumplen con el protocolo	16
Resultados y tendencias	17	Para cada variable principal y secundaria, un resumen de los resultados de cada alternativa del estudio, junto con la estimación del efecto (<i>effect size</i>) y un intervalo de confianza para indicar la precisión de su estimación Inclusión de los resultados no modificados o negativos Inclusión de los resultados obtenidos en la comprobación de los mecanismos causales que se supone que explican el efecto de la intervención, en caso de que existan	
Análisis secundarios	18	Resumen de otros análisis efectuados, incluidos análisis de subgrupos o análisis restringidos, indicando si estaban previstos y si son de carácter exploratorio	18
Acontecimientos adversos	19	Resumen de todos los acontecimientos adversos importantes o de los efectos no esperados en cada alternativa del estudio (medidas adoptadas, estimación del tamaño del efecto e intervalos de confianza)	19
Discusión Interpretación	20	Interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las hipótesis del estudio, las fuentes potenciales de sesgos, imprecisión de las determinaciones, análisis repetitivos y otras limitaciones o debilidades del estudio <i>Discusión de los resultados, considerando los mecanismos mediante los que actúa la intervención (las causativas), o los mecanismos o explicaciones alternativas, problemas para ponerlos</i>	
Discusión Interpretación	20	e intervalos de confianza) Interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las hipótesis del estudio, las fuentes potenciales de sesgos, imprecisión de las determinaciones, análisis repetitivos y otras limitaciones o debilidades del estudio <i>Discusión de los resultados, considerando los mecanismos mediante los que actúa la intervención (las causativas), o los mecanismos o explicaciones alternativas, problemas para ponerlos en práctica y para implementarlos</i> Discusión de la investigación: <i>programática, o implicaciones prácticas</i>	
Extrapolación	21	Extrapolación (validez externa) de los resultados del ensayo, considerando: población estudiada, características de la intervención, duración del seguimiento, <i>incentivos, proporción de cumplimiento, lugares e instalaciones específicas que han participado en el estudio</i> , y otros aspectos relacionados con este contexto	
Evidencias en conjunto	22	Interpretación general de los resultados en el marco de la información aportada y de las teorías aceptadas en general	

ANEXO III: ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y DESVALORACIÓN

La versión original se denomina “Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)”. Se trata de una escala unidimensional de 8 preguntas, con respuestas en escala Likert de 4 puntos que va desde “muy en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” y que busca medir el estigma social inducido por la enfermedad mental. Cualquier persona puede responder a los ítems, y no sólo aquellas que padezcan enfermedad mental, siendo una escala rápida y de fácil aplicación y comprensión. La versión traducida al español fue proporcionada por el equipo de la Red Regional de Investigación de Salud Mental de América Latina. Se eliminó el ítem 6 para mejorar la consistencia interna del test, por lo que la validación consta de 7 preguntas. El resultado se calcula sumando el puntaje total y dividiéndolo por 7, que es el número de ítems que componen el instrumento y se considera que a mayor puntaje, mayor percepción de estigma social.

Las preguntas de este cuestionario tienen como finalidad medir el estigma social inducido por la enfermedad mental o aquellas creencias acerca de la devaluación y discriminación que experimenta una persona por el hecho de padecer una enfermedad mental.

Por favor, **haga un círculo** en la respuesta que mejor describa su impresión sobre diferentes aspectos asociados a los pacientes con enfermedad mental.

-Es muy importante que sus **respuestas sean sinceras** y exprese libremente su opinión, sea cual sea.

-Recuerde que la **información** contenida en este test es totalmente **confidencial** y que todas sus respuestas serán tratadas con la **máxima discreción**.

Por favor, pídanos ayuda si alguna pregunta no le resulta clara o si encuentra algún problema al contestar el cuestionario. Lea atentamente las preguntas y **tómese el tiempo necesario** para responder.

¡Recuerde que es muy importante que las respuestas reflejen su verdadera opinión!

1. **La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
2. **La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
3. **La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internada por una enfermedad mental es peligrosa.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
4. **La mayoría de la gente mira menos a las personas después de una hospitalización psiquiátrica.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
5. **La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
6. **La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo
7. **Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos.**
a) Muy en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Muy de acuerdo



ANEXO IV: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Recogeremos datos que nos ayudarán a analizar los resultados de nuestro estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad (escribir número)

2. Nacionalidad

3. Nivel de estudios

- Ninguno
- E.S.O.
- F.P.
- Bachillerato
- Universitarios

4. Situación laboral

- Sin trabajo
- En paro
- Pensión por incapacidad
- Contrato eventual
- Personal funcionario interino
- Personal funcionario fijo
- Empresario

5. Primigesta

- Sí
- No

6. Buen apoyo familiar

- Sí
- No

7. Enfermedad mental previa

- Sí
- No

8. Familiar con enfermedad mental

- Sí
- No



ANEXO V: AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Declaración de consentimiento del participante

Yo.....
.....

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

He recibido información verbal sobre el objetivo del estudio y la dinámica del mismo.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas sobre el estudio y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

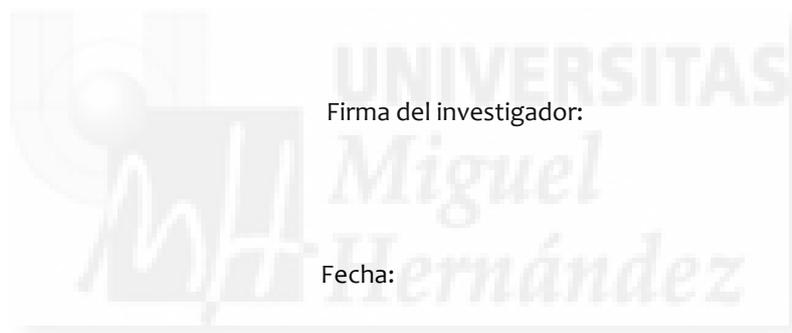
He recibido una copia de este documento.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:



REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña.

revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio ***“Ensayo no aleatorizado de una intervención psicoeducativa dentro de las clases de Educación Maternal en un Centro de Atención Primaria para disminuir el estigma asociado a la Depresión Postparto (DPP) y aumentar su detección”***

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

Documento de firma del consentimiento para el representante legal.

Título del Estudio: **“Ensayo no aleatorizado de una intervención psicoeducativa dentro de las clases de Educación Maternal en un Centro de Atención Primaria para disminuir el estigma asociado a la Depresión Postparto (DPP) y aumentar su detección”**

Investigador Principal: Miriam Gallardo Álvarez.

Yo,
(Nombre y apellidos), en calidad de
(Relación con el participante) de D/Dª
(Nombre del participante):

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He recibido información verbal sobre el objetivo del estudio y la dinámica del mismo.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He comprendido en qué consiste el estudio y la participación del representado.
- He hablado con la investigadora principal: Miriam Gallardo Álvarez
- Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que mi representado puede retirarse del estudio:

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

Doy a la investigadora principal mi conformidad para que
..... (Nombre del participante) participe en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo que
..... (Nombre del participante) continúe participando en el estudio **“Ensayo no aleatorizado de una intervención psicoeducativa dentro de las clases de Educación Maternal en un Centro de Atención Primaria para disminuir el estigma asociado a la Depresión Postparto (DPP) y aumentar su detección”**

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

ANEXO VI: PLAN DE TRABAJO

Fase primera

- Realización de búsqueda bibliográfica relacionada con el tema del trabajo y diseño del proyecto de investigación. Búsqueda de un estadístico para realizar el análisis de datos.
- Solicitud de la participación del CAP de Cartagena Oeste mediante una reunión con la supervisora y la matrona, en la que se decide el momento más idóneo para la realización de nuestra intervención y se llega a un acuerdo sobre los términos del proyecto.
- Definición del contenido de la sesión de Psicoeducación.

Fase segunda

- Preparación del material requerido y coordinación con el Centro de Salud.
- Reuniones con la matrona, en las que unificaremos criterios de trabajo y estableceremos un plan de intervención común. Además, pondremos a disposición medios de comunicación vía e-mail y telefónica, a través de las cuales se podrán resolver dudas y solucionar cualquier imprevisto.
- Reunión con el personal del CAP, con el objetivo de sensibilizarlo con el tema del estudio y disminuir el estigma social asociado a la DPP entre los profesionales.
- Desarrollo del estudio:
 - Se seleccionará un CAP de Cartagena en el que se lleven a cabo talleres de preparación al parto por la matrona. En nuestro estudio, se incluirán todas las mujeres que asistan a este taller, siempre y cuando cumplan criterios de inclusión y presten su consentimiento.
 - En la primera visita de estas mujeres a la matrona, ésta les hablará del estudio y se les propondrá participar en él. Si aceptan, habrán de firmar la hoja de consentimiento informado.
 - Una vez comenzado el taller de preparación al parto, en la primera clase de la matrona (T1), esta entregará a las gestantes la Escala de percepción de la Discriminación y Desvaloración y la Escala de Edimburgo para que la completen.
 - Cuando se hayan impartido la mitad de las clases del taller (T2), llevaremos a cabo nuestra sesión de Psicoeducación y volveremos a entregar estos dos cuestionarios a las embarazadas, valorando así, el efecto de nuestra intervención.
 - En la última sesión del taller (T3), las mujeres completarán estos dos cuestionarios por última vez.

Fase tercera:

- Tras llevar a cabo la sesión de Educación Para la Salud se realizará el análisis estadístico y de los datos derivados del estudio. Será realizado por un estadístico ajeno al estudio.
- En primer lugar, se analizarán los datos derivados de la Escala de Edimburgo completada por las mujeres en los tres tiempos, a través de los cuales calcularemos el número de gestantes que presentan riesgo de DPP.
- Además de esto, evaluaremos la necesidad de incluir nuestra sesión de Psicoeducación en las clases de preparación al parto a través de la Escala de percepción de la Discriminación y Desvaloración. Esta escala nos dará información sobre si nuestra intervención ha conseguido disminuir el estigma asociado a la DPP por parte de las embarazadas, favoreciendo esto, una consulta con los servicios de salud ante el reconocimiento de sintomatología asociada a la Depresión Puerperal.
- Tras el análisis de los datos, la investigadora principal procederá a realizar la redacción del artículo científico del estudio, siendo supervisada por la tutora.

Fase cuarta:

- Elaboración de un artículo científico y difusión del mismo en revistas científicas, congresos y jornadas.

ANEXO VII: TEMAS A TRATAR EN LA SESIÓN DE PSICOEDUCACIÓN

- ¿Qué es la Depresión Postparto? Epidemiología y factores etiológicos.
- Factores de riesgo y factores protectores de la Depresión Postparto.
- Signos y síntomas de la Depresión Postparto.
- Lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Recursos y ayudas para mujeres con Depresión Postparto.
- Técnicas para reducir el estrés y la ansiedad. Ejercicio práctico de relajación.



ANEXO VIII: PLAN DE DIFUSIÓN

1.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico:

Son muchos los estudios que demuestran las múltiples consecuencias a nivel personal, familiar y social que puede tener la DPP, sin embargo, en la mayoría de los casos, no se llevan a cabo intervenciones para su prevención y/o detección precoz. Esto es debido a muchos factores, pero fundamentalmente se debe a una asociación por parte de la sociedad de la maternidad con un periodo lleno de felicidad y alegría, en el que no hay cabida para sentimientos negativos. Dada esta tradicional asociación, las mujeres que experimentan síntomas depresivos durante el puerperio pueden sentirse “avergonzadas” y no buscan ayuda. Además de ello, la gran mayoría no sabe identificar estos sentimientos como un problema, el cual puede ser prevenido y tratado si se busca ayuda. El desarrollo de la intervención de este proyecto serviría para ayudar a disminuir la estigmatización sobre la DPP y para hacer que las mujeres en este período tomen conciencia sobre la importancia de buscar ayuda ante este problema. Esta intervención, llevada a cabo de manera transversal a las clases de preparación al parto puede llegar a gran parte de las gestantes a través de una forma rápida y sencilla.

En la mayoría de los casos, nos centramos en los problemas físicos y dejamos a un lado lo psicosocial, por lo que consideramos que integrar los problemas mentales de estas mujeres en la atención física es fundamental, para así poder hacer un abordaje integral de la mujer durante el embarazo y el postparto.

El bajo coste y la sencillez de aplicabilidad de esta intervención a nivel asistencial favorecen la extensión a otros centros en los que se den talleres de preparación al parto, pudiendo llegar a gran parte de la población de una manera rápida y económica.

También puede servir para ayudar a aumentar el reconocimiento por parte de los profesionales de este problema, fomentando su formación e implicación en cuanto a la prevención, detección y tratamiento de la misma, pues en muchos casos, los profesionales no se sienten capacitados para detectar y/o tratar la depresión en este periodo.

Además de los múltiples beneficios para la mujer, la prevención y/o detección temprana de la DPP también tendría consecuencias positivas a nivel económico, pues en muchas ocasiones se evitaría llegar a casos graves de depresión y psicosis puerperal en los que es preciso tratamiento farmacológico y/o ingreso hospitalario.

2.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico:

Son muchos los estudios realizados sobre la DPP, pero pocos los que hablan sobre programas para su prevención y/o detección precoz a través de una sensibilización y disminución del estigma. Considero que este proyecto puede servir de guía para la realización de talleres que ayuden a la desestigmatización de la Depresión Puerperal y como “directriz” para la implantación de la Escala de Edimburgo como método de cribado. Además de ello, aporta datos sobre este problema, pudiendo servir de base para la realización de futuros proyectos con el objetivo de mejorar la coordinación entre Salud Mental y AP y realizar protocolos que abarquen la prevención, detección y tratamiento de la depresión puerperal. Para ello, es importante su difusión, por lo que será presentado en revistas, Congresos y Jornadas de Enfermería, tanto regionales como nacionales e internacionales.

