



ESCOLA SUPERIOR D'INFERMERIA DEL MAR

PREVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Estudiante: Jara Pascual Barbero

Directora: Marta López

Coordinadores: Marta López y Juan M. Leyva

Materia: Trabajo Final de Grado 4to Curso Grado en Enfermería

Año académico: 2014/2015

Fecha de entrega: 19/05/2015

RESUMEN EN CASTELLANO

Introducción: El tema elegido es la prevención para la disminución de la depresión posparto

Objetivo: Demostrar que un plan de intervención centrado en la dimensión psicológica-social de la mujer embarazada durante los meses de embarazo puede disminuir la aparición de la depresión posparto.

Hipótesis: El diseño de un plan de intervención centrado en la dimensión psicológica-social disminuye la aparición de la Depresión Posparto.

Metodología: La metodología elegida para realizar este proyecto es la Metodología Cuantitativa, pues nos permitirá estudiar y obtener una respuesta numérica que de respuesta a la hipótesis planteada. La muestra se escogerá entre la población que acuda al CAP Barceloneta y el ABS Raval Norte que cumpla con los criterios de inclusión. La recogida de datos se realizará a partir de la revisión de las historias clínicas y la escala de Edimburgo antes y después del plan de intervención que se compondrá de sesiones mensuales.

Palabras clave: depresión posparto, embarazadas, prevención, enfermería

RESUM EN CATALÀ

Introducció: El tema triat és la prevenció per la disminució de la depressió pospart

Objectiu: Demostrar que un pla d'intervenció centrat en la dimensió psicològica-social de la dona embarassada durant els mesos d'embaràs pot disminuir l'aparició de la depressió pospart.

Hipòtesi: El disseny d'un pla d'intervenció centrat en la dimensió psicològica-social disminueix l'aparició de la Depressió Pospart.

Metodologia: La metodologia triada per realitzar aquest projecte és la Metodologia Quantitativa, doncs ens permetrà estudiar i obtenir una resposta numèrica que de resposta a la hipòtesi plantejada. La mostra s'escollirà entre la població que acudeixi al CAP Barceloneta i l'ABS Raval Nord que compleixi amb els criteris d'inclusió. La recollida de dades es realitzarà a partir de la revisió de les històries clíniques i l'escala d'Edimburg abans i després del pla d'intervenció que es compondrà de sessions mensuals.

Paraules clau: depressió pospart, embarassades, prevenció, infermeria

ABSTRACT

Introduction: The theme chosen is the prevention of the postpartum depression decrease.

Objective: Show that a plan of intervention centred in the psychological dimension-social of the pregnant woman during the months of pregnancy can diminish the apparition of the postpartum depression

Hypothesis: The design of a plan of intervention centred in the psychological dimension-social diminishes the apparition of the postpartum depression.

Methodology: The methodology chosen to realise this project is the Quantitative Methodology, then will allow us study and obtain a numerical answer than of answer to the hypothesis posed. The sample will choose between the population that attend to the Barceloneta's CAP and the North Raval's ABS that fulfil with the criteria of inclusion. The collection of data will realise from the review of the clinical histories and the scale of Edinburgh before and after the plan of intervention that will compose of monthly sessions.

Keywords: postpartum depression, pregnant, prevention, nursing

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1-15
• Motivos personales de elección del tema.....	1
• Antecedentes y justificación.....	2
• Especificación de las bases de datos utilizadas y estrategia de búsqueda.....	3-4
• Revisión bibliográfica nacional e internacional.....	5-8
• Contextualización teórica según el paradigma enfermero (Marco teórico).....	9-10
• Justificación de la importancia del tema para la práctica enfermera (marco teórico).....	11
• Hipótesis y Objetivos del trabajo.....	12
Hipótesis.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
2. METODOLOGÍA.....	13-22
• Ámbito o escenario del estudio.....	13
• Explicación argumentada de la metodología escogida.....	13
• Propuesta argumentada de las estrategias de muestreo y muestra, herramienta de recogida de datos y del método de análisis de datos.....	14-17
• Descripción de las variables.....	18
• Implicaciones para la práctica enfermera y limitaciones de estudio.....	19
• Reflexión de los aspectos éticos y jurídicos.....	20
• Planificación de recursos y Cronograma.....	21-22
3. CONSIDERACIONES FINALES.....	23-25
• Argumentación sobre los puntos fuertes y débiles del trabajo.....	23
• Reflexión sobre el grado de satisfacción de la competencia adquirida con este trabajo.....	24
• Autoevaluación de los resultados de aprendizaje.....	25
4. ANNEXOS.....	26-30
5. ÍNDICE ALFABÉTICO.....	31-32
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33-37

1. INTRODUCCIÓN

Motivos personales de elección del tema

En primer lugar, después de realizar las prácticas en un centro Hospitalario, concretamente en la unidad Materno-infantil, observé la reacción de las familias (sobre todo la materna) ante el nacimiento de un nuevo miembro. Normalmente, las reacciones eran de alegría, pero, me llamó la atención cuando en uno de los nuevos nacimientos, la reacción de la madre era totalmente distinta: expresaba rechazo, tristeza e inseguridad hacia el nuevo miembro familiar.

En segundo lugar, a raíz de la búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar, me ha sido complicado y poco frecuente encontrar estudios nacionales ni internacionales sobre las intervenciones a realizar para prevenir la depresión posparto y los ya realizados no muestran resultados concluyentes según la OMS (1), por lo que, supone un estímulo para la realización de este trabajo.

En tercer lugar, proporcionará una serie de beneficios para la madre y para el niño: El principal, la relación materno-filial no se verá afectada por el trastorno, dando lugar a una relación sana para ambas partes, por otro lado, mejorará la calidad de vida tanto de la madre como del niño (no se verá afectado el crecimiento infantil ni se desarrollarán efectos adversos cognitivos, conductuales ni emocionales) y en consecuencia, también se verá mejorada la calidad de vida del entorno más próximo (pareja/padre y familia). Al no padecer el trastorno, no será necesario el uso de farmacología durante el periodo de lactancia, evitando así posibles efectos adversos en el niño y por último, no existirá riesgo de agravar el trastorno mental, evitando situaciones indeseables como ideas suicidas o infanticidas (14).

En cuarto lugar, el abordaje de la prevención para la depresión posparto es interesante para la práctica y la intervención enfermera, pues aumentará los conocimientos y los estudios para su abordaje con el objetivo de conseguir mejorar y crear alternativas que optimicen los cuidados e intervenciones actuales.

Antecedentes y Justificación

Según la OMS (2012), *“la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, y está considerada como la principal causa mundial de discapacidad y tiene una muy importante contribución en la carga de morbilidad”* (2).

La OMS en el Día Mundial de la Salud Mental publicó un comunicado, en el que hacía referencia a la depresión y a la relación de la depresión y la mujer: *“Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres, en particular después de dar a luz”* (25).

Contextualizando el tema principal del proyecto, es imprescindible entender y comprender que la etapa entre el embarazo, parto y posparto, son períodos en que las mujeres sufren estrés y ansiedad, el necesario como para desarrollar la aparición de enfermedades y/o trastornos mentales (7). De los trastornos mentales producidos durante el puerperio o posparto, se encuentran tres estados psicológicos: melancolía posparto conocida como ‘Baby Blues’, la depresión posparto y la psicosis posparto (4, 6,7).

Según el DSM-IV-TR, la depresión posparto está considerado como *“un episodio o trastorno depresivo mayor con inicio en el posparto”* (3). Por otro lado, las autoras Dennis C L y Hodnett E, definen la depresión posparto como *“un episodio depresivo no psicótico”* (23).

Actualmente, el trastorno de la depresión posparto está reconocido como un importante problema de salud pública a nivel mundial (12).

Epidemiológicamente hablando, en el ámbito nacional existe una prevalencia de entre el 8%-15% y en el ámbito mundial del 10% al 20% de mujeres (10) que después del parto padecieron algún trastorno mental (depresión no psicótica) (4, 6, 7).

En relación a los datos anteriores, se extraen diferentes grupos de mujeres que tienen una probabilidad más alta de padecer Depresión posparto, mujeres adolescentes y mujeres con antecedentes personales de depresión tienen un 30% de riesgo, las mujeres con antecedentes de haber tenido depresión posparto durante embarazos anteriores tienen un riesgo del 70% y por último, un 85% de riesgo en mujeres con antecedentes de depresión y tristeza o melancolía puerperal (conocida como ‘baby blues’) (7).

Especificación de las bases de datos utilizadas y estrategia de búsqueda

Las bases de datos utilizadas han sido:

- CUIDEN Y DIALNET, para conseguir y conocer la bibliografía del Estado Español y Europa.
- PUBMED Y SCOPUS, para realizar una búsqueda bibliográfica mundial sobre el tema.
- GOOGLE ACADÉMICO, en el que he podido encontrar bibliografía de ambas características (nacionales e internacionales).

Para las palabras clave utilicé las mismas en tres idiomas: castellano, catalán e inglés, para abarcar y conseguir más información en los diferentes buscadores.

PALABRAS CLAVE CASTELLANO	PALABRAS CLAVE CATALÁN	PALABRAS CLAVE INGLÉS
DEPRESIÓN	DEPRESSIÓ	DEPRESSION
POSPARTO	POSTPART	POSPARTUM
POSNATAL	POSTNATAL	POSTNATAL
DIMENSIÓN	DIMENSIÓ	DIMENSION
PSICOLÓGICA	PSICOLÒGICA	PSYCHOLOGICAL
PREVALENCIA	PREVALENÇA	PREVALENCE
PREVENCIÓN	PREVENCIÓ	PREVENTION
CUIDADOS	CURES	CARE

En cuanto a los operadores booleanos, he utilizado:

- AND, para utilizar dos o más palabras clave como búsqueda e intentar limitar el número de documentación encontrada.
- NOT, para evitar que me salieran documentos de depresión posparto relacionados con SIDA/VIH.

Otra de las herramientas que he utilizado para limitar la búsqueda bibliográfica ha sido la utilización de filtros, concretamente, los filtro relacionados con la antigüedad de los documentos (entre los años 2000-2015) para utilizar los documentos más actuales, el filtro Nursring journals para buscar en revistas especializadas en enfermería y el filtro de sexo para identificar que eran mujeres.

Por último, los criterios de inclusión que he utilizado para escoger los documentos utilizados han sido los siguientes: se ajustaban al tema principal del trabajo, contenían información valiosa y necesaria para la confección del cuerpo del trabajo, bibliografía perteneciente a artículos ya leídos y aptos con respecto al límite de antigüedad (máximo 15 años).

Por otro lado, los criterios de exclusión para la selección de documentos han sido: documentos con una antigüedad de más de 15 años, que no se ajustaban al tema principal del trabajo y documentos que incluyen la depresión posparto con patologías como el SIDA/VIH pues se deberían incluir en el proyecto intervenciones relacionadas con las necesidades derivadas de dicha patología aparte de las relacionadas con la dimensión psicológica y social derivadas de la depresión posparto.

La estrategia de búsqueda utilizada en los distintos buscadores se encuentra en el apartado *[Anexos 1]*.

A nivel nacional, he querido conocer la prevalencia, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la actualidad, para saber como se aborda actualmente dicho problema de salud. Ha sido realmente complicado el poder encontrar dichos datos, pues es una enfermedad poco tratada en nuestro país. Viendo que buscaba y no encontraba lo que quería, me dispuse a realizar una búsqueda bibliográfica más centrada en las instituciones de sanidad oficiales (Ministerio de Salud Español y en la Generalitat de Cataluña), para intentar obtener los datos que necesitaba, pero en ninguna de las anteriores instituciones pude dar con dicha información, limitándome solo a un par de artículos relacionados con el tema.

En cambio, a nivel internacional, he querido conocer los mismos datos que en la búsqueda nacional para conocer y conseguir información a nivel mundial. Existen un gran número de artículos y de evidencia científica, procedentes de países como Estados Unidos y Latinoamericanos, mucho más extensos y de mayor proporción que en ámbito el nacional, por lo que, he podido acceder a dicha información con más facilidad y con menos limitaciones.

Revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional

Los factores de riesgo predominantes en mujeres embarazadas de tener depresión posparto son la detección/diagnóstico de depresión y ansiedad durante los meses de embarazo, adolescentes menores de 16 años embarazadas, acontecimientos vitales estresantes recientes (embarazo, parto, temperamento del recién nacido...), apoyo social pobre durante el embarazo y el posparto (falta de apoyo por parte de la pareja y/o de la familia) y antecedentes familiares o personales de depresión (6, 7, 9, 18).

Los episodios de depresión posparto se pueden iniciar desde las primeras cuatro semanas después del parto hasta un año del nacimiento del recién nacido (3,4,5), van acompañados de los síntomas que caracterizan este trastorno como irritabilidad, humor deprimido, trastorno del sueño, llanto, anorexia, fatiga, ansiedad, percepción de no querer suficiente a su hijo, entre otros (4, 6).

En la actualidad, en Chile, se dispone de un protocolo y algoritmo de actuación para la detección precoz de la depresión posparto que mide si puede existir depresión posparto realizando controles, en caso de que exista dicho trastorno, se propone un tratamiento para la depresión y controles posparto [Anexo 2]. Durante los controles, se utiliza la herramienta utilizada a nivel mundial para su detección, la Escala de Depresión de Edinburgo (EPDS), cuestionario que consta de 10 preguntas que debe contestar la paciente en el segundo control de embarazo, durante las consultas prenatales mensuales y en la 6 - 8 semana después del parto, pues son los periodos de incidencia más alta de la depresión posparto (13,14).

De las intervenciones y tratamientos actuales para contrarrestar y tratar los efectos de la depresión posparto, se encuentran los no farmacológicos y la farmacoterapia, que consisten en:

- No farmacológicos. Tratamiento de elección de depresiones leves y moderadas. Las terapias o tratamientos de elección más eficaces son la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y otras formas de apoyo domiciliario por parte de profesionales entrenados (psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales...) (15, 16).
- Farmacoterapia (Antidepresivos). Recomendados en pacientes con depresiones graves o cuando el tratamiento no farmacológico no ha sido efectivo (7). En la actualidad, existen evidencias científicas que afirman que todos los antidepresivos se excretan en la leche materna en mayor o menor grado (16, 20, 21).

Los fármacos de elección durante el posparto y lactancia materna son los antidepresivos: ISRS y Tricíclicos. Dentro del grupo de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), los fármacos más utilizados son la Paroxitina y/o la Sertralina, pues aunque existe evidencia de que se excretan en la leche materna, no existen datos suficientes que demuestren efectos adversos en los lactantes, como por ejemplo, disminución del sueño, aumento del llanto, vómito y/o diarrea.

Por otro lado, de los Tricíclicos, el fármaco de elección es la Nortriptilina, según las evidencias científicas existe la segregación en la leche materna pero los datos son insignificantes o casi indetectables en el lactante, demostrando la no existencia de efectos negativos (16, 19, 20, 21).

El hecho de no tratar la depresión posparto puede afectar negativamente en la relación materno-filial, al crecimiento infantil y desarrollar efectos adversos emocionales, cognitivos y conductuales tanto en la mujer como en su pareja y en su familia. En casos extremos, pueden aparecer ideas suicidas e incluso acciones de infanticidio o suicidio por parte de la madre (14).

En la búsqueda bibliográfica he podido encontrar estudios relacionados con la prevención y la depresión posparto.

En un primer estudio realizado en 2004, se realiza una revisión de 29 estudios relacionados con la prevención de la depresión posparto desde una perspectiva no biológica, en la que se pone en común diferentes medidas de prevención, entre ellas, se utilizaron diferentes terapias: psicoterapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual, el cuestionario psicológico, clases prenatales, apoyo intraparto, interacciones de apoyo, la continuidad de la atención, identificación y notificación prenatal, posparto temprano seguimiento, atención postparto flexible y estrategias educativas, y la relajación, con el objetivo final de demostrar disminución de los factores de riesgo.

No se obtienen resultados suficientes para demostrar cual de las intervenciones anteriores es la más adecuada, pero si existen resultados suficientes que demuestran la eficacia de algunas de las intervenciones propuestas. Por último, se insta a seguir investigando (12).

En otro estudio realizado en 2013, se confecciona un meta-análisis en el que se evalúa la eficacia de las intervenciones preventivas que se llevan a cabo en 37 ensayos controlados aleatorios o casi aleatorios, los resultados se obtuvieron 6 meses después del parto, mostrando que hubo una reducción del 27% en la prevalencia de episodios depresivos, dichas intervenciones (medicación, modificación de cuidados, terapia, apoyo social, intervenciones psicológicas y biológicas, entre otras...) fueron llevadas a cabo por diferentes profesionales psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales. Entre algunas de las intervenciones llevadas a cabo se encuentran: intervenciones educativas, apoyo social, psicosociales...que se llevaron a cabo individualmente y grupales (15).

Por otro lado, no todos los estudios han demostrado que la intervención preventiva sea realmente beneficiosa. Un estudio realizado en 2006, confeccionó dos grupos de mujeres con factores de riesgo de padecer depresión posparto, en un primer grupo (grupo experimental, está expuesto a la intervención experimental) realizaron terapias dirigidas a las relaciones interpersonales, centradas en la educación sobre la depresión, cambios de roles, establecimiento de metas, resolución de conflictos interpersonales y el desarrollo de apoyos y a su vez, la atención prenatal estándar, en cambio, al segundo grupo (grupo control, se realiza una intervención básica) se le realizó la atención prenatal estándar (24). Los resultados obtenidos mostraron cambios poco significativos pues se habían identificado casos de depresión posparto (4% en el grupo de terapia interpersonal y atención prenatal estándar y un 20% en el grupo de atención prenatal estándar) en ambos grupos una vez finalizado el estudio, por lo tanto, los resultados no fueron del todo positivos (17).

Por lo tanto, la búsqueda bibliográfica, afirma que existe una amplia variedad de intervenciones (terapias y cuidados dirigidos a las dimensiones psicológica y social), que han demostrado ser efectivas para prevenir la depresión posparto y reducir la prevalencia del trastorno. Pero por otro lado, uno de los estudios no ha dado resultados positivos para la prevención de la depresión posparto con técnicas y terapias psicosociales, pues han demostrado no ser del todo efectivos, pues en ambos grupos de estudio se detectaron casos de depresión posparto. Esta bifurcación de resultados puede ser debida a múltiples factores, el principal factor en que coinciden todos los artículos es que es un tema poco trabajado y estudiado del que se debe continuar investigando, realizando estudios y ensayos para obtener toda la información necesaria con el objetivo de prevenir y reducir en la depresión posparto.

Realizando una observación crítica y constructiva acerca de la revisión bibliográfica, la información ha sido difícil de conseguir pues está muy limitada o es inexistente, sobretodo en el ámbito nacional, la información es escasa para la importancia que implica en la sociedad la depresión posparto. En general, existen estudios relacionados con los factores de riesgo existentes con la depresión posparto, pero existe una escasa literatura relacionada con la prevención de la enfermedad y como abordarla desde una mirada holística y no farmacológica. Esto hace pensar en la importancia de seguir investigando y trabajando sobre enfermedades que como la depresión posparto están olvidadas o consideradas poco importantes y/o frecuentes en nuestra sociedad actual.

Contextualización teórica según el paradigma enfermero (Marco teórico)

El paradigma enfermero en el que se ampara el presente proyecto es el paradigma de la Categorización, orienta su pensamiento hacia la búsqueda de los factores causales de las enfermedades considerándolas definidas y medibles. Este paradigma considera a la persona según sus diferentes componentes (físico, intelectual, emocional y espiritual) además tiene en cuenta su capacidad y responsabilidad para realizar cambios en la situación actual, considerado como un potencial. El objetivo de la actividad enfermera, es mejorar las condiciones de vida personales y comunitarios. Por lo tanto, en este proyecto consideramos a las participantes capacitadas para mejorar su situación actual de vida con la ayuda de la práctica e intervención enfermera con el objetivo final de mejorar su calidad de vida, además, indirectamente se procurará mejorar la calidad de vida comunitaria disminuyendo el número de mujeres con depresión posparto.

Relacionando el proyecto con las teorías enfermeras, Cheryl Tatano Beck, va a ser la principal autora en la que me basaré para conseguir el objetivo principal del plan de intervención, pues la autora incluye en la Teoría de la Depresión posparto que *“dentro del marco de la prevención la depresión posparto, se puede evitar mediante la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el período preparto para prevenir el sufrimiento de madres, hijos y familias”* (5).

Dicho modelo contempla prevenir la Depresión posparto a través de cuidados que actúan en los factores de riesgo, esta visión de realizar los cuidados antes de la aparición del trastorno y no después como en la mayoría de estudios y artículos, es la idea principal que da cuerpo al proyecto. Otro de los puntos importantes de dicha teoría, es la mención que hace la autora sobre la combinación de factores estresantes que producen la depresión posparto, entre ellos se incluyen los biológicos (antecedentes familiares de depresión), psicológicos (antecedentes personales de depresión), sociales y relacionales (apoyo deficiente por parte de la pareja y la familia), económicos y situacionales (adolescente embarazada, mala situación económica, crisis) (6, 7, 9, 18).

Callista Roy con la Teoría de la Adaptación, la autora argumenta que existen estímulos focales (factores externos/internos) que influyen en el sujeto provocando una respuesta que favorezca su adaptación (5,8). Por lo que, se podría afirmar que la depresión posparto es debida a una afrontamiento ineficaz al proceso prenatal, parto y posnatal, porque sus respuestas durante este periodo son negativas creando así sentimientos de tristeza e impotencia delante de esta nueva situación de vida.

Por un lado, Betty Neuman en el Modelo de Sistemas describe la utilización de la prevención (tres niveles: primaria, secundaria y terciaria) como medio de intervención enfermera. La intervención enfermera que se llevará a cabo en el plan de intervención es la prevención primaria que expone la autora, *“iniciándose cuando se sospechan o se detectan la existencia de factores estresantes, no se ha producido ninguna reacción pero se conoce el grado de riesgo”* (5).

Nola Pender en el Modelo de promoción de la salud describe en su teoría el desarrollo de conductas de salud individualizadas que permitan realizar cambios positivos en las conductas de salud actuales (5,8). Esta teoría se fundamenta en la utilización de cuidados enfermeros para la promoción de conductas de salud, en el proyecto que se propone, el personal de enfermería proporcionará cuidados y herramientas para que la paciente pueda mejorar sus conductas actuales de salud.

Tal y como explica Meleis, *“la enfermera centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda”* (11), por lo que, representa a la enfermera como la encargada de evaluar las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta su globalidad y percepción, planificando y evaluando las acciones en función de las necesidades no satisfechas. Centrando lo anterior con el diseño que se propone, la enfermera proporcionará un plan de intervención teniendo en cuenta las dimensiones, percepciones, sentimientos y necesidades no satisfechas de las pacientes para ayudarlas a satisfacer sus necesidades y/o disminuir los efectos de los factores de riesgo que presentan. Por otro lado, entiende los cuidados enfermeros como la forma de mantener la salud en todas sus dimensiones: salud física, mental y social (11).

Por lo tanto, la base en la que se sustentarán las intervenciones de promoción y prevención de la salud del presente proyecto y fundamental en la profesión de enfermería, son los cuidados enfermeros individualizados y holísticos, pues ayudarán a las paciente a llegar a los objetivos específicos del trabajo, como base científica y teórica. Con respecto a este punto Virginia Henderson (1955) explica que *“la función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma a la realización de las actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación de tal manera que le ayude a ganar independencia lo más rápido posible”* (5,8).

Justificación de la importancia del tema para la práctica enfermera (marco teórico)

Enfermería es una profesión que tiene como práctica principal el arte del cuidar, dicho arte requiere entender al paciente holísticamente, a partir de la comprensión de sus dimensiones biológicas, socio-antropológicas, psicológicas y espirituales, contemplando a la persona como un ser individual e independiente (22). El personal enfermero desarrolla sus cuidados dentro del marco disciplinar, con competencias propias de la profesión, desarrollo histórico y una práctica profesional.

Entre las competencias de enfermería se encuentran la promoción de la salud, la prevención de la salud y la enfermedad, participar en el tratamiento a seguir y en la rehabilitación del paciente y la población/comunidad (22).

Relacionando lo comentado anteriormente con el presente proyecto, este pretende ofrecer una propuesta de intervención enfermera centrada en la educación sanitaria, principalmente, la prevención. Mediante esta propuesta, el personal de enfermería procurará proporcionar los siguientes beneficios a las mujeres embarazadas con factores de riesgo y en consecuencia al niño:

- Minimizar el impacto de los factores de riesgo psicológicos y sociales.
- Disminuir el efecto negativo de la Depresión Posparto en la relación madre-recién nacido.
- Disminuir el uso del tratamiento farmacológico para la depresión posparto, antidepresivos ISRS y Tricíclicos, durante la lactancia materna.
- Evitar evolución a trastorno mental grave (psicosis posparto), previniendo así futuras ideas/acciones infanticidas y suicidios por parte de la madre.
- Aumentar y mantener la calidad de vida de las madres y los hijos.

Hipótesis y Objetivos del trabajo

- Hipótesis

El diseño de un plan de intervención centrado en la dimensión psicológica-social disminuye la aparición de la Depresión Posparto.

- Objetivo general

Este trabajo tiene como objetivo principal, proporcionar una adecuada intervención creada entorno a la dimensión psicológica-social de mujeres con factores de riesgo de padecer Depresión Posparto, con la finalidad de disminuir la posterior aparición del trastorno.

- Objetivos específicos

1. Minimizar el impacto/efecto de los factores de riesgo psicológicos y sociales de mujeres embarazadas con cuidados enfermeros.
2. Disminuir el efecto de la Depresión Posparto en la relación materno-filial.
3. Disminuir el uso de tratamiento farmacológico para la depresión posparto durante la lactancia materna (Antidepresivos: ISRS y Tricíclicos) para evitar efectos secundarios adversos en el lactante como disminución del sueño, aumento del llanto, vómitos y diarreas.
4. Evitar que la depresión posparto evolucione a trastorno mental grave (psicosis posparto) que derive en ideas/acciones infanticidas y/o el suicidio de la madre.
5. Contribuir en la mejora de los cuidados enfermeros en mujeres embarazadas con estas características, aumentando y manteniendo su calidad de vida.

2. METODOLOGIA

Ámbito o escenario del estudio

Para poder realizar este estudio con éxito, es de vital importancia, conocer con exactitud el ámbito o escenario donde se llevará a cabo. Para que sea más fácil el acceso para los investigadores, el estudio se realizará en la ciudad de Barcelona, ciudad multicultural, que nos permitirá obtener datos más representativos y extrapolable a la situación actual de la población tanto española como mundial.

Como lugar específico donde se llevará a cabo el proyecto, he escogido dos centros de Atención Primaria, CAP Barceloneta y ABS El Raval Norte, la elección de dichos centros recae en el gran número de población autóctona e inmigrante que se visita en los centros.

Explicación argumentada de la metodología escogida

Para desarrollar y confeccionar el diseño de la investigación propuesta, me he decantado por la metodología cuantitativa, permitiendo al investigador realizar un estudio objetivo, en el que se estudiará una muestra (población seleccionada) de la cual obtendrá datos que posteriormente, se analizarán con técnicas estadísticas para conocer y demostrar que la hipótesis planteada es correcta (26).

La metodología cuasi-experimental o diseño experimental, está indicada en aquellos estudios que no precisan de una muestra seleccionada aleatoriamente, es decir, los diseños experimentales. Tal y como dicen Pedhazur y Schmelkin: *“Es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente a los grupos. En ausencia de aleatorización, el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que afectan a la variable dependiente (27).”* Por lo que, permite al investigador realizar un estudio con una muestra seleccionada según sus criterios de inclusión y de exclusión, es decir, no aleatoriamente ni por el azar. Dado que la finalidad del estudio es conocer si el plan de intervención que se propone es adecuado para prevenir la depresión posparto, es necesario realizar una selección de la población y de las muestras, incluyendo o excluyendo aquellas mujeres que no cumplan con los criterios que se proponen (27).

Propuesta argumentada de las estrategias de muestreo y muestra, herramienta de recogida de datos y del método de análisis de datos

La población diana a la que va dirigido el proyecto y por tanto, la población que nos interesa estudiar, son las mujeres embarazadas de entre uno y dos meses de Barcelona. Al ser un amplio número de población, delimitaremos la población, por lo tanto, la población accesible a la que recurriremos para la realización del estudio, serán las mujeres embarazadas que se visitan en los centros: CAP Barceloneta y ABS El Raval Norte.

El muestreo, es el método por el cual se pretende seleccionar un grupo de población para realizar el estudio, de los diferentes tipos de muestreo, el más adecuado para la realización del proyecto, es un tipo de muestreo pseudoaleatorio, la población seleccionada no es escogida al azar ni aleatoria, pues es el investigador es el que interfiere en su elección, pero siempre con el objetivo de ser una selección representativa.

El tipo de muestreo será el intencionado, pues permite al investigador seleccionar la muestra según su juicio y objetivo de estudio con la finalidad de que el grupo seleccionado sea representativo de la población (26, 27).

Por otro lado una muestra, es el grupo de población que se selecciona para realizar el estudio, con la intención de conseguir que los datos/resultados que se obtengan sean extrapolables y generalizables a otras poblaciones (26).

En el presente estudio el tamaño muestral se calculará a partir de la fórmula utilizada para estudios cuantitativos $n = \frac{Z^2 \cdot S^2}{d^2}$ que permite a partir de Z (nivel de confianza), S (desviación estándar) y d (nivel de precisión absoluta) calcular el tamaño de la muestra (n) proporcionando un resultado estadísticamente relevante y representativo de la población (28).

La precisión muestral es la falta de error de origen aleatorio causado por el azar, como en este proyecto la muestra es elegida por el investigador, si cumple los requisitos de inclusión, no puede existir un error muestral de este origen (29).

Por otro lado, habrá validez interna, causada por la pérdida de participantes, por qué deciden no continuar participando, por posibles abortos, no contactar con las participantes, entre otras... (30).

Los criterios de inclusión serán mujeres con edades comprendidas entre los 15-45 años de edad pues permite una valoración amplia de la reproducción en la actualidad, todas las mujeres deben tener en su historial clínico factores de riesgo relacionados con el trastorno, mínimo uno de los factores de riesgo (*ver pág. 5 apartado Revisión Bibliográfica*) que pueden producir depresión posparto y deben visitarse habitualmente en los dos centros propuestos para realizar el proyecto.

Los criterios de exclusión será la ya presencia de trastornos depresivos en la actualidad en tratamiento farmacológico, también se excluirán a mujeres con VIH, pues no permitiría una correcta valoración de los datos que se pretenden conseguir.

La recogida de datos se llevará a cabo a través de dos herramientas, que permitirán obtener los datos necesarios para poder valorar la eficacia de la intervención que se propone:

Las historias clínicas de las pacientes obtenidas en los dos centros en los que se realizará el proyecto. En ellas, se buscarán los factores de riesgo que presentan las mujeres con el trastorno de depresión posparto: la edad, el estado actual del embarazo (meses de gestación), episodios de ansiedad, antecedentes personales/familiares de depresión y problemas sociales (con la pareja y la familia).

La Escala de Valoración de Edinburgo [*Annexo 4,*], se pasará en dos tiempos: al inicio del proyecto, antes de empezar con las sesiones para seleccionar a las participantes. La selección vendrá dada por la puntuación que saquen de la escala de valoración, si sacan valores comprendidos entre el 0-10, las pacientes podrán ser seleccionadas para participar pues no tienen depresión en el momento de la selección, en cambio, si las pacientes presentan una puntuación de 11 o mayor, no podrán ser seleccionadas pues ya presentan un trastorno depresivo (39). Después se volverá a pasar la escala una segunda vez, cuando han finalizado las sesiones programadas en el plan de intervención y las participantes se encuentran en la etapa del puerperio (pasadas mínimo 4 semanas desde el parto) pues es la etapa en la cual puede empezar a aparecer el trastorno (3, 4, 5). En este caso, si el resultado de la escala nos dará la evolución que ha hecho la paciente (presentar o no depresión posparto). La finalidad, de pasar la escala durante estos dos periodos, aportará al proyecto la información necesaria para realizar una evaluación sobre si ha sido efectivo el plan de intervención realizado, teniendo en cuenta el estado de la paciente antes y después de las sesiones.

El plan de intervención que se propone en este proyecto es la creación de sesiones grupales de 120 minutos con capacidad para entre 7-10 participantes por sesión (40). Se realizará una sesión mensual por grupo, por ejemplo, el Grupo A, realizará su sesión la primer semana del primer mes y el Grupo B, la segunda semana del primer mes hasta la realización de 7 sesiones en total (duración de 7 meses), en los centros habilitados para la realización del estudio. Dichas sesiones serán dirigidas por la autora del estudio y otra enfermera, que debe tener conocimientos y aptitudes para la Salud Mental. El motivo de que haya otra enfermera en el proyecto, se debe a:

- Ayudará a la directora durante sus sesiones para aportar una visión diferente al proyecto, observando a las participantes mientras se realizan las sesiones.
- Se encargará de un número determinado de grupos/sesiones, para dar apoyo a la directora del estudio y permitiendo que está pueda adoptar no solo el rol de moderador de la sesiones sino también de observadora.

Las sesiones constarán de temática psico-social, es decir, se trabajará:

- o Counselling grupal. Las pacientes podrán comentar sus diferentes situaciones actuales, sus sentimientos y sensaciones sobre el embarazo: lo que significa estar embarazada para ellas, que sensaciones/sentimientos experimentan, entre otras...y el personal de enfermería será el encargado de intervenir y moderar las sesiones cuando lo vea necesario, aportando ideas y explicaciones que ayuden a las pacientes.
- o Apoyo social actual de la paciente. Las pacientes podrán explicar abiertamente cuáles son sus sentimientos y sensaciones sobre el apoyo social que reciben por parte de su familia, pareja y amigos. Una vez explicado lo que la participante siente, el personal de enfermería que dirige las sesiones, procurará animar a todas las participantes a dar apoyo emocional y social, creando un ambiente de empatización con cada una de las participantes, dando lugar a una mejora del apoyo social.
- o Adaptación a la nueva situación de vida: Atención prenatal y preparación posnatal. El personal de enfermería deberá ofrecer a las participantes atención prenatal, explicando todo aquello que necesiten saber sobre el embarazo, como se pueden sentir, hábitos que deben o no deben adoptar, entre otras...pero a la vez haciéndolas participar para que expliquen como lo van viviendo. Además, se realizarán sesiones de preparación posnatal, para ir preparando a la paciente de cara al parto y al puerperio, la finalidad será para evitar estrés y ansiedad.

- Ejercicios aumento de autoestima. El objetivo de estas sesiones será aumentar la autoestima de las participantes, algunas de ellas serán de edades entre 15-16 años, edades complicadas pues es en plena adolescencia, etapa en la que suelen haber cambios de humor y de autoestima muy pronunciados, además, durante el embarazo se van produciendo cambios físicos y hormonales, que pueden provocar cambios en la autoestima. Es por ello, que en estas sesiones se intentará trabajar el aumento de la autoestima, potenciando las virtudes de las pacientes, la imagen de la mujer embarazada y los beneficios de tener un hijo.

Durante el transcurso de sesión a sesión se dará material con ejercicios sencillos y claros para que las participantes desde casa vayan trabajando lo realizado durante las sesiones, para evitar un corte en el proceso de intervención. A partir de la última sesión, se dejarán 3 meses, en los cuales, las participantes darán a luz y empezarán la etapa del puerperio o posparto en la cual se empieza a desarrollar el trastorno de la depresión posparto.

En cuanto al análisis de datos: Primero utilizaremos la media aritmética (centro de gravedad de las variables), la mediana (valor que ocupa la posición central de las variables) y la moda (repetición más habitual de un valor dentro de las variables) para analizar los datos sociodemográficos de las participantes (41).

Por otro lado, nuestro objetivo es realizar un análisis comparativo de dos variables cuantitativas que las obtendremos a partir de los resultados obtenidos en la escala de valoración de Edimburgo, las dos variables serán: pre-intervención y post-intervención. Para poder analizar dichos datos, utilizaremos la prueba t-Student, pues nos proporciona un análisis entre datos numéricos o cuantitativos, con el objetivo de determinar si una diferencia entre las medias de las dos variables obtenidas (pre-intervención/post-intervención) puede considerarse estadísticamente significativo (31) y la correlación del coeficiente de Pearson, que nos ayudará a determinar y estudiar el grado de relación lineal entre las dos variables cuantitativas (31,41).

Una vez calculados los dos anteriores, deberemos tener en cuenta el valor p o p-value, que nos proporcionará información valiosa sobre la significación estadística. Si el resultado es $p < 0,05$ (5% de probabilidad de equivocación), consideraremos que los datos obtenidos en el estudio son estadísticamente significativos, por lo tanto, nuestra hipótesis planteada será aceptada (41).

Al realizar este tipo de análisis, los resultados nos darán a conocer si el plan de intervención ha sido lo suficientemente efectivo para prevenir o disminuir la aparición del trastorno de la depresión posparto.

Descripción de las variables

Las principales variables de estudio imprescindibles para conseguir la finalidad y objetivos del estudio son:

La variable dependiente, la depresión posparto, pues es el problema que se quiere estudiar para poder encontrar una solución/mejorar al final del estudio.

Y por otro lado, las variables independientes, pues son la causa que puede fomentar la aparición del problema, entre ellas están:

- Sexo: Mujeres, es un estudio dedicado exclusivamente para las mujeres.
- Edad: Entre 15-45 años, para acceder al sector más reproductivo actualmente.
- Factores de riesgo: mínimo la aparición de uno de los factores de riesgo en el historial clínico de las participantes (ver pág. 5).
- Semanas de Gestación: mínimo 4 semanas y máximo 8 semanas de gestación, para tener más tiempo para realizar el plan de intervención.

Implicaciones para la práctica enfermera y limitaciones de estudio

Después de realizar el proyecto y desde mi perspectiva como estudiante y futura profesional enfermera, creo que dicho estudio proporcionaría los siguientes beneficios para la práctica enfermera.

1. Conseguiría más independencia en la práctica.

El personal enfermero, es el único encargado de desarrollar y llevar a cabo el proyecto, escogiendo la muestra, realizando las intervenciones, entre otras...con el objetivo de llevar a termino los pasos según la cronología.

2. Ayudaría a la investigación y a la realización de estudios interesantes para la práctica enfermera española con respecto al tema: la prevención como medio para la reducción de la depresión posparto con grupos.

Proporcionaría un punto de inicio para futuros estudios relacionados con el tema, pues en la actualidad se han desarrollado pocos estudios en el ámbito nacional, llevando a un atraso en investigación y en la práctica, con respecto a otros países.

En cuanto a las limitaciones que presenta el proyecto:

La primera limitación que podemos encontrarnos es que los centros escogidos, no quieran participar en el proyecto o no nos deje acceder a las historias clínicas de las pacientes. Esta limitación impediría que el personal enfermero realice una selección de las mujeres embarazadas aptas para participar.

La segunda limitación, sería que las participantes que consideramos aptas para participar en el proyecto, no quieran participar. Esto dificultaría la realización del proyecto, pues no tendríamos muestra que estudiar.

La tercera limitación, es la temporalidad en que debe realizarse el plan de intervención propuesto en el proyecto. Para poder dar respuesta a la hipótesis planteada, el estudio debe llevarse a cabo durante los meses de embarazo de las mujeres, esto quiere decir, que el plan de intervención debe llevarse a cabo durante los meses de embarazo, para posteriormente, hacer la valoración posnatal.

Otra limitación, es la posible poca implicación de las pacientes durante las sesiones o durante el tiempo que transcurre de sesión a sesión. Puede darse el caso, que las pacientes estén poco participativas durante las sesiones o durante el tiempo que transcurre durante las sesiones y no realicen los ejercicios que se mandarían a casa, esto provocaría una perdida de continuidad en el plan de intervención.

Otra limitación, es la posible perdida de contacto con las pacientes después del parto. Durante 3 meses se dejará a las pacientes seguir con su rutina habitual, que se produzca el parto y que pasen varias semanas después del parto, durante este periodo puede ser que se pierda el contacto de las pacientes por falta de datos personales de las participantes como el número de teléfono, entre otras...

Reflexión de los aspectos éticos y jurídicos

La investigación enfermera, es un área en la cual se trabaja con las personas afectas por el problema que se quiere estudiar, es por ello, que para poder llevar a cabo un proyecto, se deben tener en cuenta y respetar aspectos como la voluntariedad de los participantes y los derechos de los participantes.

Como inicio para la realización del proyecto, debemos solicitar la aprobación del diseño y la posterior aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Una vez tenemos la aprobación del Comité de Ética, todas las participantes serán informadas previamente sobre el estudio y sobre sus derechos con respecto al mismo. Para ello, se utilizará la Declaración de Helsinki divulgada por la Asociación Médica Mundial en 1964, que tiene como principios y compromisos básicos:

- Participación voluntaria después de una correcta información sobre el proyecto (32).
- Protección de la integridad humana (incluyendo la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del participante) (32).
- Autonomía del paciente con derecho a abandonar el proyecto cuando lo solicite (32).

Otro de los aspectos éticos y jurídicos de importancia, para la realización del proyecto, son los principios éticos del Informe Belmont (1978):

- Beneficencia/No maleficencia: El principal objetivo del proyecto será aportar a las participantes el máximo beneficio posible, prevenir la depresión posparto, sin causar daño alguno (33).
- Respeto: Todas las participantes serán tratadas como individuos autónomos, en caso, de que las pacientes necesiten ayuda para ejercer dicha autonomía, serán respetadas por el equipo del proyecto (33).
- Justicia: Durante el proyecto, en todo momento, cada una de las participantes serán tratadas por igual, sin distinción, teniendo en cuenta sus necesidades y derechos (33).

Además de los comentados con anterioridad, también se tendrá en cuenta el artículo 1 del Código de Nüremberg (1949), que hace referencia a la necesidad de la utilización de un consentimiento informado [*Annexo 3*], donde las pacientes podrán responder si deciden participar en el proyecto o por lo contrario, no quieren participar (34).

Planificación de recursos y Cronograma

Para la planificación de recursos personales que llevarán a cabo el proyecto de investigación:

Los profesionales que llevarán a cabo el estudio serán: La directora, creadora y diseñadora del estudio, que se encargará de dirigir y evaluar los datos obtenidos además participará activamente en las sesiones de ambos centros. Después se necesitará otro profesional enfermero más que también se encargará de realizar sesiones en ambos centros y observaciones en las sesiones que no realice.

*En el momento que sea necesario, se podrán realizar interconsultas con otros profesionales para resolver dudas o en caso de necesitar ayuda. Los profesionales con los que se podría realizar la interconsulta son: Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Comadronas de los centros en los que se llevará a cabo el proyecto.

Por otro lado, la planificación de recursos materiales que se necesitarán para llevar a cabo el proyecto:

- Salas equipadas: Dos salas una en cada centro para que sea más fácil el acceso para las participantes. Se precisa que estén equipadas para el tamaño de participantes por centro y para la realización de las sesiones.
- Material necesario para las sesiones (proyectores, material de escritura, material audiovisual...)
- Apoyo Informático: Se utilizará para la confección del consentimiento informado, el ingreso y estudio de los datos obtenidos de las sesiones y la realización de un dossier con los resultados obtenidos con el proyecto.
- Consultas: Una en cada uno de los centros, para la realización de las dos reuniones que se llevarán a cabo con las pacientes, una al inicio en la que se les pasará la Escala de Valoración para la Depresión Posparto y una a la clausura del proyecto en la que se volverá a pasar la Escala de Valoración para la Depresión Posparto, para realizar una reevaluación.
- Escala de Valoración para la Depresión Posparto: se utilizará en dos ocasiones, una al inicio para valorar el estado inicial de las participantes antes de empezar el estudio y durante la clausura del estudio para poder revalorar si hay aparición del trastorno.

CRONOGRAMA PROYECTO DE ESTUDIO: PREVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

AÑO 2016													
MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
DISEÑO DEL ESTUDIO	■												
ELABORACIÓN MARCO TEÓRICO		■											
ESCOGER METODOLOGÍA			■										
GESTIÓN COLAB. CON 2 CENTROS			■	■									
ESCOGER MUESTRA				■	■								
RECOGIDA DE DATOS (PRENATAL)				■	■								
DISEÑO SESIONES				■	■								
REALIZACIÓN SESIONES						■	■	■	■	■	■	■	
AÑO 2017													
MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
RECOGIDA DE DATOS (POSPARTO)	PARTOS PUERPERIO		■	■									
ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN					■	■							
ANÁLISIS DATOS							■	■	■				
REDACCIÓN RESULTADOS										■	■		
PUBLICACIÓN DATOS												■	■

3. CONSIDERACIONES FINALES

Argumentación sobre los puntos fuertes y débiles del trabajo

En relación a los puntos fuertes, el primer punto fuerte a tener en cuenta y el más importante, ha sido la gran motivación que he tenido a lo largo de estos meses para realizar el presente proyecto. Dicha motivación venía dada por el tema a trabajar en el estudio, pues siempre me ha parecido un tema muy interesante y poco estudiado por estudiantes de enfermería.

El segundo punto fuerte, es la búsqueda bibliográfica realizada para la sustentación del proyecto. Tanto la introducción como la metodología, están estructuradas gracias a una base científica de bibliografía encontrada en las diferentes bases de datos. Creo que este punto es uno de los más fuertes del trabajo, pues me ha ayudado a hacer un trabajo sólido, veraz y consistente.

El tercer punto fuerte, es la gestión del tiempo que he llevado a cabo. A pesar de las diferentes responsabilidades que he tenido a lo largo de la creación del proyecto (trabajo externo a la universidad, prácticas nocturnas, trabajos de prácticas y el proyecto) he intentado gestionar el tiempo para poder confeccionar el proyecto con la mayor excelencia posible, poniendo todo mi esfuerzo, constancia y ganas para ello.

En cuanto a los puntos débiles del trabajo, el primer punto débil ha sido el tiempo limitado que he tenido para realizar el proyecto. Después de evaluar los puntos débiles, creo sinceramente, que el tener un trabajo externo a la universidad, ha impedido que pueda abocar todo mi tiempo a la realización de un proyecto tan importante y de estas características.

El segundo punto débil, ha sido la dificultad que he encontrado en los apartados de Marco Teórico y Muestra, pues no sabía como desarrollarlos ni como estructurarlos, además, en los dos casos al no saber como realizarlos hacía que su desarrollo fuera más complicado.

El tercer punto débil, ha sido la dificultad del análisis de datos, como he comentado en el punto débil anterior, ha sido muy complicado realizar este punto, pues apenas he tenido contacto con este tipo de materia.

Por último, el cuarto punto débil, ha sido la dificultad que he encontrado en el momento de realizar la búsqueda bibliográfica, pues la mayoría de artículos estaban en inglés, aunque algunas palabras y frases las entendía, había otras que no entendía porque no tengo un nivel de inglés tan elevado como para comprender un léxico específico de investigación.

Reflexión sobre el grado de satisfacción de la competencia adquirida con este trabajo

Una de las dificultades con las que tuve que trabajar al principio de la realización del trabajo, fue el escoger el tema, pues aunque tenía claro que quería realizar un proyecto sobre la prevención de la depresión posparto no sabía como llevarlo a cabo, al principio quería hacer un estudio sobre los factores de riesgo, pero al buscar bibliografía comprobé que ya estaba demostrado y no iba a ser un estudio muy innovador. Después de eso, hablé con mi directora del proyecto sobre el tema y me dio la idea de realizar un plan de intervención para la posterior valoración del trastorno, al tener el tema un poco más claro, decidí buscar bibliografía sobre ello, encontré en diferentes bases de datos nacionales como internacionales, trabajos y estudios (base del proyecto) que aumentaron mi interés y mis ganas de continuar con esa línea de trabajo.

Ahora que el proyecto está acabado, creo que ha sido la mayor odisea de investigación científica que he vivido nunca, aunque realicé un proyecto de investigación en Bachillerato, no se puede ni comparar a lo que he vivido y experimentado con este trabajo, pues considero que me ha aportado muchas cosas buenas y algunas no tan buenas, pero que me han ayudado a reflexionar.

Al principio de la realización del proyecto me veía muy poco cualificada para realizar este tipo de proyectos, porque la investigación no es un área que me llame mucho la atención, pero creo que con un poco de esfuerzo, ganas y una motivación por parte de la temática del estudio, puedo afirmar, que estoy muy satisfecha con el resultado del proyecto, ha superado mis expectativas en todos los sentidos

En relación al trabajo escrito, estoy satisfecha con lo logrado, pues creo que he realizado una correcta interrelación entre conocimientos teóricos y la práctica que he querido aplicar en el plan de intervención. También, estoy muy contenta con lo que he aprendido, incluso me considero un poco experta en la Depresión Posparto aunque me haya parecido difícil encontrar bibliografía y seleccionarla.

En cuanto a la metodología empleada para la realización del proyecto, considero que ha sido lo más complicado de todo el trabajo, no he sido nunca partidaria de hacer cuantitativa, porque siempre me ha parecido muy complicada, pero pensé que sería un reto enriquecedor y a la vez una última prueba como estudiante que debía superar. A pesar de las adversidades que me he encontrado con respecto a la metodología, creo que he sabido llevarlo lo mejor posible, poniendo todo de mi parte para superarlo es por lo que me siento muy satisfecha conmigo misma y con el presente proyecto.

Autoevaluación de los resultados de aprendizaje

En relación al aprendizaje adquirido con la realización de este trabajo considero que ha sido muy amplio y enriquecedor pues me ha ayudado a mejorar algunos aspectos que en un principio he considerado debilidades a la hora de confeccionar un trabajo académico y que ahora, poco a poco debo ir reforzando y mejorando, como por ejemplo, después de realizar la búsqueda bibliográfica ser capaz de seleccionar la bibliografía más influyente para mi proyecto.

Otro punto débil que debo ir reforzando, es la gestión y organización de la información encontrada, pues ha sido uno de los puntos más difíciles de solventar a lo largo de la confección de cada uno de los puntos del trabajo y que debo seguir trabajando.

Otro punto débil, ha sido la parte de metodología, sobre todo la parte más estadística del trabajo (muestra, validez...) porque no había realizado un trabajo de estas características con anterioridad, únicamente había cursado la asignatura de Estadística impartida en la universidad. A pesar de ello, con constancia y leer bibliografía, he conseguido sacar hacia delante esa parte.

Por otro lado, he podido extraer beneficios como la motivación principal que más me ha animado a llevarlo a cabo y que considero un beneficio a tener en cuenta, la realización y finalización del mismo, representan el cierre inminente de la etapa universitaria y/o estudiante de enfermería, dándome paso al mundo laboral. Este hecho ha propiciado un aumento en la motivación y en la perseverancia para realizar un trabajo óptimo que incluyera todo aquello esencial para su finalización con un toque personal mezclado con todos los conocimientos adquiridos durante estos últimos cuatro años en la carrera.

Otro beneficio personal que he podido extraer de la realización del trabajo, ha sido el aprendizaje que he podido ir adquiriendo a lo largo de las dos asignaturas de TFG, sobre las bases de datos, porque me ha ayudado a aprender a buscar y encontrar lo que necesitaba, las herramientas académicas como el programa académico Mendeley, pues aunque no lo conocía al inicio del TFG I, ha sido una herramienta de ayuda para la realización de la bibliografía y también la parte de metodología, concretamente la parte de estadística, aunque poco a poco he ido aprendiendo a relacionar la teoría con lo que tenía pensado hacer, ha sido muy complicada su realización pues no la había utilizado antes con anterioridad.

4. ANNEXOS

a. ANNEXO 1

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA UTILIZADA

PUBMED

Prevention AND Pospartum AND Depression → Encontrados 12 → Elegidos 2

Pospartum AND Depression → Encontrados 25 → Elegidos 3

Prevalence AND Pospartum AND Depression → Encontrados 6 → Elegidos 0

Pospartum AND Depression NOT HIV → Encontrados 20 → Elegidos 0

SCOPUS

Prevention AND Pospartum AND Depression → Encontrados 0 → Elegidos 0

Pospartum AND Depression → Encontrados 51 → Elegidos 3

Prevalence AND Pospartum AND Depression → Encontrados 0 → Elegidos 0

GOOGLE ACADÉMICO

Depresión Posparto → Encontrados 34 → Elegidos 3

Prevenió en la Depresión Pospart → Encontrados 12 → Elegido 1

Pospartum Depression Prevention → Encontrados 44 → Elegidos 5

Prevalencia en la Depresión Posparto → Encontrados 44 → Elegidos 2

DIALNET

Depresió pospart → Encontrados 8 → Elegidos 2

Prevenición en la Depresión Posparto → Encontrados 2 → Elegidos 1

Prevalencia en la Depresión Posparto → Encontrados 7 → Elegidos 3

CUIDEN

Depresión AND posparto → Encontrados 14 → Elegidos 1

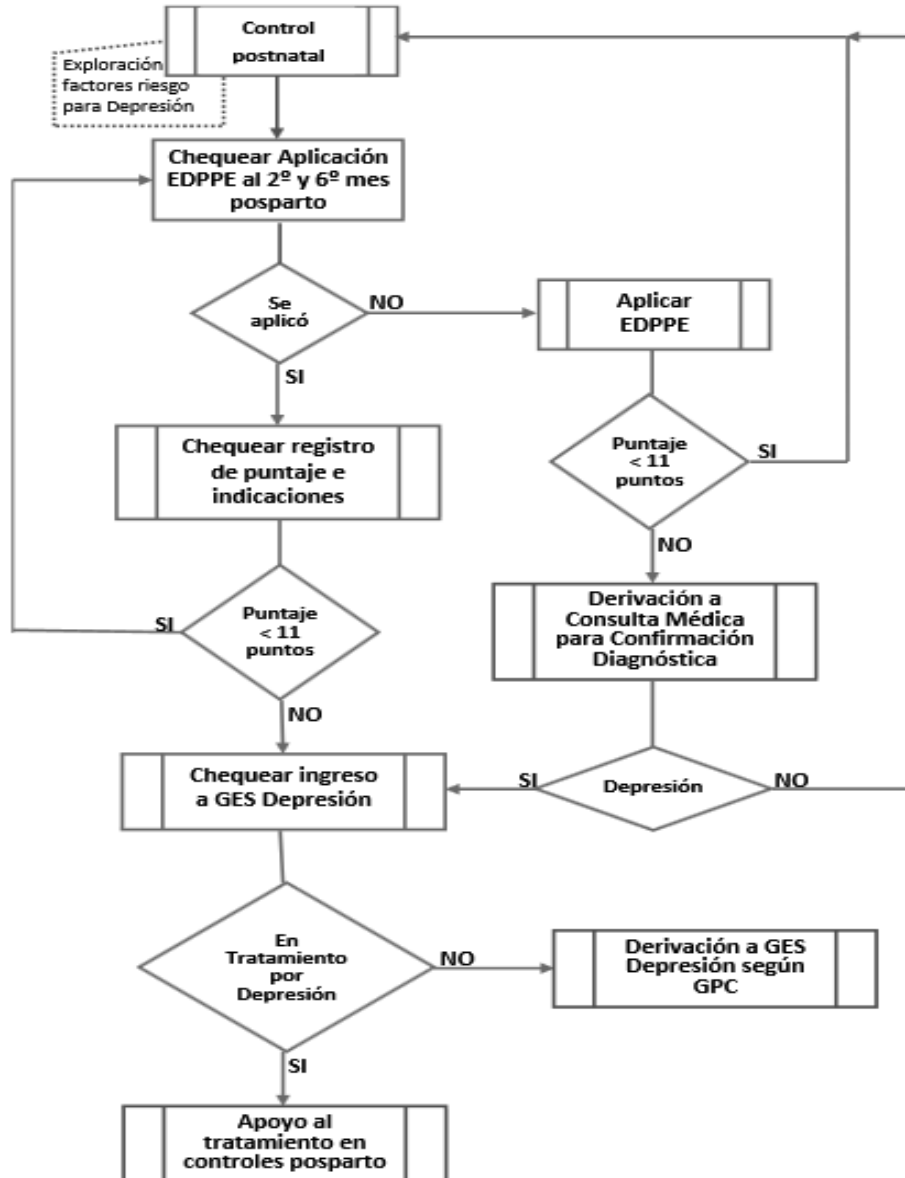
Prevenición AND Depresión AND Posparto → Encontrados 5 → Elegidos 1

Prevalencia AND Depresión AND Posparto → Encontrados 4 → Elegidos 1

b. ANEXO 2

Algoritmo de actuación para la detección de la depresión posparto en Chile.

ALGORITMO DETECCIÓN DEPRESIÓN EN EL POSPARTO



Ministerio De Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Gobierno de Chile. SANTIAGO: MINSAL, Marzo 2014. Consultada el 26/02/2015.

c. ANNEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

Estimada señora:

Ha sido propuesta para participar en un proyecto de investigación en el que se pretende llevar a cabo un plan de intervención para prevenir y/o disminuir la aparición de la Depresión Posparto.

Dicho proyecto de investigación, se realizará a través de sesiones grupales en las que se llevarán a cabo diferentes actividades. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, si no quiere participar, puede rechazarla sin compromiso. Si acepta participar, en cualquier momento, podrá dejar de participar en el proyecto sin ningún compromiso.

Los datos obtenidos serán anónimos en todo momento y ayudarán a incrementar el conocimiento de la prevención del trastorno de la Depresión Posparto y el fomento de futuros estudios relacionados.

Por ello, declaro que he leído, conozco y comprendo el contenido del presente documento y la información necesaria sobre el proyecto.

Yo Dña.....

Con DNI o Pasaporte:.....

- a) DOY MI CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO para participar en este proyecto de investigación sobre la PREVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

- b) NO DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en este proyecto de investigación sobre la PREVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO.

BARCELONA, a..... de..... De 20.....

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR/A

Para más información o en caso de dudas, puede contactar con el investigador en el siguiente número de teléfono: 683527016

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

d. ANNEXO 4: ESCALA EDINBURGO

ESCALA DE EDINBURGO

Dado que Usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

ED.1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- 0. Tanto como siempre
- 1. No tanto ahora
- 2. Mucho menos ahora
- 3. No, nada

ED.2. He disfrutado mirar hacia adelante:

- 0. Tanto como siempre
- 1. Menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. Casi nada

ED.3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, a veces
- 1. No con mucha frecuencia
- 0. No, nunca

ED.4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo:

- 0. No, nunca
- 1. Casi nunca
- 2. Sí, a veces
- 3. Sí, con mucha frecuencia

ED.5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:

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

ED.6. Las cosas me han estado abrumando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
0. No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre

ED.7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.8. Me he sentido triste o desgraciada:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. Sólo ocasionalmente
0. No, nunca

ED.10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

3. Sí, bastante a menudo
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca

*Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para Embarazadas. [Internet]. Universidad de Chile, 2012. Consultada el 12/05/2015. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadasV2.pdf>

5. ÍNDICE ALFABÉTICO

A

- **Antidepresivos ISRS:** Fármacos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, *“evitan la recaptación selectiva del neurotransmisor serotonina por la neurona presináptica (35).”*
- **Antidepresivos Tricíclicos:** *“Fármacos que obstruyen la bomba de recaptación de los neurotransmisores en la neurona presináptica (35).”*

B

- **Beck, Cheryl Tatano:** Autora que propone la Teoría de la Depresión Posparto, en el que expone como intervención y/o cuidado enfermero principal, la prevención de factores de riesgo durante la etapa prenatal de la Depresión Posparto (5).

C

- **Callista Roy:** Autora que propone la Teoría de la Adaptación, en el que argumenta que la persona (sujeto) se ve influenciado por estímulos focales (factores estresantes) que provoca que este, realice una respuesta adaptativa a dichos estímulos (5,8).

D

- **Desviación Estándar:** *“medida de centralización o dispersión para variables de razón o intervalo. Se utiliza en la estadística descriptiva (38).”*

E

- **EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale (1987) (13,14).

H

- **Henderson, Virginia:** Autora que propone un Modelo basado en las necesidades humanas, donde el papel de enfermería es la asistencia o sustitución de las necesidades que la persona no puede realizar autónomamente, a través de cuidados individualizados y holísticos. (5,8)

N

- **Neuman, Betty:** Autora que propone el Modelo de Sistemas en el que argumenta la prevención en tres niveles (Primaria, secundaria y terciaria) como medio de intervención y cuidado por parte del profesional enfermero (5).

P

- **Parto:** Etapa final de la gestación y expulsión del recién nacido, es un proceso fisiológico que se lleva a cabo entre las semanas 37 y 42 de embarazo (36).
- **Pender, Nola:** Autora que propone la Teoría de la Promoción de la Salud, en el que propone un proceso de cuidado en el que el objetivo es desarrollar conductas de salud individualizadas que permitan al paciente realizar cambios positivos en sus conductas de salud actuales (5,8).
- **Puerperio:** Etapa que comienza después del parto y que tiene una duración de entre 6-8 semanas. Es conocida como una etapa de adaptación a la nueva situación familiar en la que se realizan cambios tanto fisiológicos, psicológicos como familiares (37).
- **Psicosis Puerperal:** Proceso maniaco o depresivo, que puede aparecer con delirios o alucinaciones e incremento de la melancolía. Epidemiológicamente hablando se da entre 1 y 3 de cada 1.000 mujeres (6).

T

- **Tristeza puerperal:** Aparece entre el tercer y el quinto día después del parto con una duración inferior a siete días o superior a cuatro semanas. Las mujeres desarrollan tristeza, inestabilidad emocional y episodios de llanto. Epidemiológicamente hablando se da entre un 50-70% de las mujeres. También conocida como 'Baby Blues' (6).

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo-Torralba M. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto: Comentario de la BSR (última revisión: 24 de septiembre de 2007 *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: La depresión. Consultada el 20/02/2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#>
3. López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson, S.A; 2002. p. 471-472.
4. Cabero Roura L, Saldívar Rodríguez D, Calaf Alsina J. Control de la Salud de la Mujer. 1ª ed. Madrid: Mayo Ediciones; 2009. p.112-113.
5. Alligood MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier, 2011. Consultada el 20/02/2015.
6. Llewellyn-Jones D. Texto Ilustrado de Ginecología y Obstetricia. 7ª ed. Madrid: Harcourt International; 2000. p. 190-191.
7. Leveno K, Cunningham G, Alexander J, Bloom S, Casey B, Dashe J, Sheffield J, Roberts S. Williams: Manual de Obstetricia Complicaciones en el Parto. 22ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 395-397.
8. Benavent A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Enfermería 21. 1ª ed. Difusión Avances de Enfermería; 2001. p. 167-200.
9. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. University Health Network Women's Health Program. Toronto; October 2003.
10. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *J Neurosci Rural Pract* 2015;6: 116-9

11. Kerouac S. El pensamiento enfermero. Barcelona [etc.]: Masson 1996. Consultada el 25/02/2015.
12. Dennis CL. Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *Can J Psychiatry*, Vol 49, No 8, August 2004. Consultada el 25/02/2015.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *British Journal of Psychiatry*. Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150. Consultada el 26/02/2015.
14. Ministerio De Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Gobierno de Chile. SANTIAGO: MINSAL, Marzo 2014. Consultada el 26/02/2015.
15. Sockol L, Neill Epperson C, Jacques PB. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec; 33(8): 1205–1217. Consultada el 26/02/2015.
16. Arbat A, Danés I. Depresión Posparto. Fundació Institut Català de Farmacologia. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España. Consultada el 26/02/2015.
17. Zlotnick C, Miller I, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 163:8, August 2006. Consultada el 26/02/2015.
18. Pedrós Roselló A. Depresión posparto. Factores predictivos e intervención temprana. Servicio de Psiquiatría. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. España. JANO 3-9 DE OCTUBRE DE 2008. N. ° 1.709. Consultada el 13/03/2015.
19. Salazar LF, Rincón DA. Uso de antidepresivos en el embarazo y la lactancia. *Universitas Médica* 2006 vol.47 n°2. Consultada el 14/03/2015.
20. Gómez Ayala A. Depresión en el embarazo y el posparto. *Ámbito farmacéutico: Educación Sanitaria*. Offarm: vol 26 núm:1 enero 2007. p. 52-53. Consultada el 14/03/2015.

21. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199. Consultada el 14/03/2015.
22. Cabal VE, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6. p: 73-81. Consultada el 14/03/2015.
23. Dennis CL, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158:638-640.
25. OMS. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Depresión. Mensaje del Secretario General de Naciones Unidas en el Día Mundial de la Salud Mental 2012. Consultada el 16/03/2015. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
26. Hueso González A, Cascant Sempere MJ. Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación. Universitat Politècnica de València. 1ra Ed. 2012. Consultada el 25/04/2015.
27. Bono Cabré R. Diseños Cuasi-Experimentales y Longitudinales. Facultad de Psicología (UB). Consultada el 25/04/2015.
28. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. [Internet]. *Salud en Tabasco* 2005; [Enero-Agosto]. Consultada el 06/05/2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=487112>
29. Alonso AM. Precisión y sesgos en el diseño del estudio. [Internet]. Universidad Carlos III: Departamento de Estadística. Madrid. Consultada el 13/05/2015. Disponible en: <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema2p.pdf>

30. Ramírez E. Tema 7: Validez Interna y Externa. [Internet]. Universidad de Jaén. Consultada el 13/05/2015. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema7>
31. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 101-102. Consultada el 13/05/2015.
32. World Medical Association (WMA). Asamblea Médica Mundial: Declaración de Helsinki. Helsinki; 1964. Consultada el 23/04/2015. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
33. Observatori de Bioètica i Dret (UB). El Informe Belmont. Parc Científic de Barcelona. [Internet]. USA; 1978. Consultada el 23/04/2015.
34. Tribunal Internacional de Nüremberg. El Código de Nuremberg 1946. [Internet]. Universidad de Navarra: Departamento de Humanidades Biomédicas. Actualizado el 29/05/2007. Consultada el 23/04/2015. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html>
35. García-Delgado A, Gastelurrutia MA. Guía de seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión. Universidad de Granada. p: 15-17. Consultada el 26/03/2015.
36. Quintana C, Etxeandia I, Rico R, Armendariz I, Fernández I. Guía de Salud: Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Consumo; Bilbao. Noviembre 2010. p: 9. Consultada el 26/03/2015.
37. Hospital de Tajo. Folleto Informativo sobre el Puerperio. [Internet]. Aranjuez; Comunidad de Madrid: Salud Madrid. p: 1. Consultado el 26/03/2015.
38. Calderon Otoyá FC. Capítulo 6: Desviación Estándar. [Internet]. Universidad Nacional del Callao: Facultad de Ciencias Administrativas. Consultada el 13/05/2015. Disponible en: http://www.unac.edu.pe/documentos/organizacion/vri/cdcitra/Informes_Finales_Investigacion/IF_JUNIO_2012/IF_CALDERON%20OTOYA_FCA/capitulo%206%20y%207.pdf

39. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para Embarazadas. [Internet]. Universidad de Chile, 2012. Consultada el 12/05/2015. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDS-embarazadasV2.pdf>
40. Krueger, R. (1991). El grupo de discusión. Guía práctica de la investigación aplicada. Madrid: Pirámide. Consultada el 15/05/2015.
41. Ruiz Mateos B, Franco Díez E, Aledo Serrano Á, Pérez-Moneo Agapito MÁ, Barrio Giménez P, Bastón Rey I, García-Pozuelo JA, Arreo del Val V. Manual de Estadística y Epidemiología. Academia de Estudios MIR, 7ed.; 2014. p. 14-15. Consultada el 16/05/2015.

