

## **Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto**

### ***Impact of a nursing intervention on pregnant women as a preventive tool for postpartum depression***

**Autora:** Inmaculada Suárez-Varela Varo

**Dirección de contacto:** sinma@hotmail.com

**Cómo citar este artículo:** Suárez-Varela Varo Inmaculada. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [citado día mes año];9(60):[aprox. 21 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHE-ROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE60\\_proyecto\\_depresion\\_posparto.pdf](http://www.fuden.es/FICHE-ROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE60_proyecto_depresion_posparto.pdf)

**Fecha recepción:** 06/03/2011

**Aceptado para su publicación:** 14/05/2011

#### **Resumen**

La depresión posparto es un fenómeno conocido por la sociedad, desde la más remota antigüedad. Se calcula en la actualidad que entre el 0.5 y el 5% de los partos provocan trastornos psíquicos en el puerperio, y que las recidivas en posteriores gestaciones oscilan entre el 5 y el 15%. Hoy en día, existen múltiples estudios sobre la forma más adecuada de abordarlo y qué tratamiento puede ser más efectivo.

En los estudios encontrados se dan cifras de incidencias, posibles factores de riesgo y tratamientos más adecuados para cada caso, fomentando en la mayoría de ellos una prevención secundaria y terciaria.

El estudio que se presenta a continuación pretende dar un enfoque diferente a esta patología con el fin de resaltar la importancia de una adecuada prevención y control a todas las gestantes, haciendo un mayor hincapié en aquellas consideradas de mayor riesgo.

**Metodología:** se trata de un ensayo clínico aleatorizado en el que un grupo A recibirá la psicoprofilaxis enfermera y el grupo B recibirá la intervención de rutina, valorando posteriormente los cambios producidos. Se escogerán dos grupos de mujeres de forma aleatorizada. El estudio será desarrollado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España). El instrumento de medida utilizado será el Beck Depression Inventory (BDI).

#### **Palabras clave**

Prevención primaria, promoción de la salud, salud mental, depresión posparto.

#### **Abstract**

Postpartum depression is a phenomenon known by the society since ancient times. It is currently estimated that between 0.5 and 5% of births result in mental disorders in the postpartum period, and recurrence in subsequent pregnancies varies between 5 and 15%. Nowadays, there are many studies about the best way to tackle it and which treatment may be more effective.

In the studies found in the literature figures of incidences, possible risk factors and treatments that best suit to each case are given, encouraging in most of them a secondary and tertiary prevention.

The study presented below aims at giving a different approach to this pathology in order to highlight the importance of proper prevention and control to all pregnant women, making further emphasis on those considered at high risk position.

**Methodology:** this is a randomized clinical trial in which a group A will receive psychoprophylactic nursing and group B will receive routine intervention, evaluating subsequently the occurred changes. Two groups of women will be chosen randomly. The study will be developed at the Hospital Universitario Reina Sofía in Córdoba (Spain). The measuring instrument used is the Beck Depression Inventory (BDI).

#### **Key words**

Primary prevention, health promotion, mental health & depression postpartum.

**Centro de Trabajo.** Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés (Madrid).

## ANTECEDENTES

Corresponden a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas sobre la melancolía. La filosofía y la religión crearon el concepto de "melancolía", refiriéndose a un sentimiento que pertenece al mundo de lo perdido.

En la Edad Media este concepto cambia refiriéndose a "una experiencia de naturaleza cristiana del enfermo como forma de pecado o alienación del alma" debido al monopolio eclesiástico del momento.

Posteriormente, debido a las diferencias doctrinales en el siglo XVIII, se inaugura la Psiquiatría como ciencia médica independiente y la melancolía se caracteriza como trastorno del ánimo (1).

La historia de preparación al parto arranca en 1908 en EEUU, cuando la Cruz Roja ofrece clases sobre cuidados de la madre y del bebé como parte de los cursos de salud en el hogar.

Pero hasta más adelante no se inicia un estudio más profundo del tema. Fue Dick-Read quién en el año 1932, en Inglaterra, escribió que el miedo y la anticipación del dolor genera tensiones psíquicas y musculares para proteger el organismo; las tensiones musculares se oponen a la dilatación del canal del parto generando dolor al excitar las tensiones nerviosas del útero que responden al exceso de la tensión.

A este período Dick-Read lo denominó "Síndrome del miedo-tensión-dolor", y para romper con él propuso la superación del miedo, eliminando la tensión y sustituyéndolo por la calma y la relajación. Para conseguirlo desarrolló cursos de preparación cuyo objetivo era eliminar el miedo y la ignorancia, además de reducir las tensiones mediante la información y los ejercicios de relajación psíquica y respiratoria. A su método lo denominó "parto sin temor".

Lamaze, en Francia en el año 1952, basándose en los reflejos condicionados, intentó eliminar el dolor evitando su inicio y desarrollo posterior mediante el conocimiento de su origen.

En el año 1955, en España se hace público este método formando parte de las prestaciones de la Seguridad Social en el año 1959, e iniciándose su utilización en Madrid. La demanda va en aumento y gradualmente se instala el programa de educación maternal en el resto del Estado Español.

En Orense la Unidad de Psicoprofilaxis Obstétrica comienza con el programa de atención a la embarazada y su pareja en 1986. En dicho programa

de atención se tienen en cuenta tres componentes básicos: las charlas informativas, los ejercicios y el entrenamiento en relajación y respiración, todo ello tendente a prevenir o reducir el dolor, la ansiedad y el estrés (2).

Podríamos definir la psicoprofilaxis obstétrica, igual que lo hace Moreno, como un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico a la vez, que se aplican a las gestantes a partir del sexto mes de embarazo (3).

Este trastorno puede desarrollarse desde la forma más leve conocida como "baby blues", pasando por la depresión hasta llegar a la psicosis puerperal que es la más grave de todas y requiere por lo general el ingreso de la paciente. A continuación se pasa a diferenciar las características de cada uno de ellos:

- **Postpartum blues o depresión leve:** corresponde al 50% de los casos. Consiste en un estado transitorio (desde horas a 7-10 días) de una emotividad especial, con episodios de llanto y labilidad emocional. No requiere tratamiento. En la fisiopatología destaca la depleción de nora-drenalina en sangre y orina, asociada a la caída de los niveles de progesterona.
- **Depresión posparto:** puede equipararse al trastorno depresivo mayor, pero se inicia en las 6 primeras semanas tras el parto, durando entre 3 y 14 meses. Los factores asociados son: herencia, historia previa de depresión, neuroticismo, acontecimientos ambientales adversos, aislamiento social... La prevalencia es del 10% del total. Cursa con anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad de concentración entre otros.
- **Psicosis Posparto:** se trata de una grave complicación que afecta a 1-2 de cada 1000 nacimientos con un buen pronóstico en el 80% de los casos. La mayoría son en realidad episodios depresivos o maníacos con síntomas psicóticos que a la larga acaban desarrollando un trastorno bipolar. Con inicio entre los 2- 14 días tras el parto, en el que aparece fatiga, insomnio, llanto, confusiones, alucinaciones... Con una escasa conciencia por parte de la paciente (4).

La depresión posparto viene reflejado en el DSM-IV como "Depresión", dividiéndose en: Trastorno Depresivo Mayor con episodio único (296.2) y Trastorno Depresivo Mayor recidivante (296.3), siendo este en el que se especifica esta depresión y ratifica

que su inicio será en el posparto. Aparece también definida según los criterios de las CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, donde aparece reflejado en la F32 y F33.

Según el DSM IV se define la depresión posparto como episodio depresivo mayor que se presenta dentro de las cuatro semanas posteriores al parto (5,6).

Se ha comprobado que los casos de SPA (Síndrome Premenstrual) moderado o grave tienden a asociarse con una historia de depresión posparto. Brockington y Cols (1988), encuentran que cuando ha habido una depresión posparto grave, el riesgo de recaída es muy elevado en el período premenstrual, al poco de reinstalarse la menstruación (7).

La bibliografía consultada indica que, en ocasiones casi el 50% las mujeres que desarrollan depresión posparto tienen algún antecedente o problema anterior a éste. Datos actuales confirman que 1 de cada 4 mujeres experimenta síntomas depresivos durante el embarazo. La depresión no tratada puede afectar negativamente el curso del embarazo, el desarrollo del feto y los resultados del parto (8).

Otro estudio refleja cómo influye la experiencia del parto en la depresión posparto, aportándose datos que reflejan que el índice en madres primerizas podía rondar entre el 8-26% (Staton y Gallant (9)). Se daba a conocer un mayor índice en los partos por cesárea que en los vaginales.

La depresión posparto puede tener efectos duraderos y devastadores tanto para la madre, como para su hijo y su familia. El suceso más frecuente que se produce es la tristeza posparto o melancolía, que afecta a un porcentaje de las madres que dan a luz que fluctúa en torno al 25-75%. O'Hara y Swain observan que el 25% de las mujeres con melancolía de la maternidad, desarrollarán posteriormente depresión posparto (10).

Un concepto aparecido en los últimos años ha sido el efecto Doula que se define como "mujer con unos conocimientos del parto, que va a estar presente durante el mismo ofreciéndole a la parturienta apoyo emocional, compañía y dándole la oportunidad de vivir ese momento tan crucial como una experiencia positiva" (11).

Un estudio realizado en el Hospital Central de Asturias midió la presencia de depresión y la percepción del parto en las primeras 48-72 horas. Un 15,8% presentó depresión, encontrándose diferencia significativa entre depresión y mayor media de edad, estado civil y menor peso de los recién nacidos (8).

Un artículo realizado por Castillo-Torralla, analiza la influencia de la intervención psicosocial y psicológica para la prevención de la depresión posparto. En esta revisión se llegó a descubrir que las mujeres que recibieron intervenciones psicosociales preventivas tuvieron las mismas probabilidades de experimentar depresión posparto que aquellas que recibieron la atención estándar. Estas intervenciones consistían en cursos prenatales, postnatales, visitas domiciliarias, modelos de atención continua, interrogatorio psicológico intrahospitalario y psicoterapia interpersonal (12).

En cuanto a la magnitud del problema en los países en vías de desarrollo se asociaron las dificultades financieras a un incremento del riesgo de depresión postnatal, teniendo que realizar intervenciones efectivas dirigidas a estas madres. Se llegó a la conclusión de que no existe evidencia para realizar intervenciones psicosociales dirigidas a la prevención de la depresión posparto (12).

Se da importancia a actualizar las estrategias del tratamiento, incluida la medicina alternativa, como son: psicoeducación, psicoterapia y farmacoterapia.

Estudios sugieren que proporcionar información sobre la depresión posparto durante el tercer trimestre de embarazo puede reducir la intensidad de la sintomatología depresiva o "blues".

Un estudio realizado en 2009, describe intervenciones psicológicas para prevenir y tratar la depresión posparto. Estas intervenciones consisten en enfoques cognitivos-conductuales, consejería, psicodinámica y no directiva. De los 6 estudios revisados, 4 informaron efectos en el tratamiento estadísticamente significativos en la DPP después de la intervención, que demostraron reducir los niveles de depresión materna (13).

Como dato a destacar, según Daley *et al.* (14) la realización de ejercicio físico en la mujer, como por ejemplo pasear con el cochecito, son beneficiosos para mejorar la sintomatología depresiva.

En 2008, se hizo un estudio para valorar la depresión posparto en mujeres afroamericanas de zonas rurales con bajos ingresos. Estas fueron seleccionadas aleatoriamente en dos grupos, uno con el tratamiento ROSE y otro con el tratamiento habitual. En tres meses no se encontraron diferencias entre el grado de síntomas depresivos o el nivel de estrés de los padres, aunque los del grupo ROSE notaron mejoría de los síntomas depresivos en el tiempo y los del tratamiento habitual no experimentaron tales cambios (15).

En Hong Kong se realiza un estudio en el 2009 en dos hospitales públicos donde se ofrecen programas de educación sistemática del parto. La intervención consiste en la elección de un grupo al que se le hace una psicoeducación (hospital experimental) y otro al que se da la información de rutina. Los resultados indican que las mujeres que reciben psicoeducación tienen una mejoría significativa en habilidades aprendidas y una reducción de los síntomas depresivos en comparación con el otro grupo (16).

Según la costumbre tradicional China, las mujeres que dan a luz deben limitarse a la casa y a la asistencia del bebé durante un mes. Este régimen restrictivo se estudió en mujeres de Taiwán, demostrando probabilidades más bajas de depresión y un mejor estado de salud (17).

Es importante destacar el papel de las enfermeras de salud mental y de las matronas para prestar atención a las mujeres con problemas psicológicos y problemas de salud mental. Deben ser informadas y formadas en habilidades interpersonales, investigación, educación, prevención y un sistema de detección temprana y tratamiento del problema de salud mental (19).

La psicoeducación forma siempre parte del tratamiento. Implica explicar a la madre las características del cuadro, insistiendo en el modelo etiológico multidimensional y desculpabilizador y en la transitoriedad y probabilidad de la completa recuperación. Es decir, supone explicar a ambos miembros de la pareja lo que es la depresión posparto, los posibles factores intervinientes, la frecuencia de esta patología, e insistir en que la madre volverá a ser ella misma, aunque la recuperación completa pueda tardar varios meses (20).

Las escalas utilizadas para la detección de la depresión son: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), validada por múltiples países e idiomas; Inventario de Depresión de Beck (BDI); Escala de Depresión del Centro Epidemiológico; y escala de Hamilton (Ham-D).

## BIBLIOGRAFÍA

- Mejías Lizarros F, Serrano Parra M. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. 1ª edición. Madrid: DAE; 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de la Salud. Dirección General de Planificación sanitaria. Madrid, 1989.
- Sueiro Domínguez E, Castro Sanmartín MI, García González AM, Vale Iglesias F, Vázquez Álvarez E. Cuidados a la mujer y a su pareja previos al parto. Revista ROL de Enfermería número 219, noviembre 1996.
- Lahera Forteza G. Trastornos Psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. Medicine 2007; 9 (86); 5544-5549.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
- CIE-10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1ª edición. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2000.
- Mosteiro Díaz MP, Díaz Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López A, Villaverde Fernández S. Depresión puerperal y percepción del parto. Tocología y ginecología práctica, 2001; 60 (2): 59-64.
- Bland MA. Cómo influye la experiencia del parto en la depresión posparto. O.B stare, 1998; pp. 26-28.
- Chabrol H, Coroner N, Rusibane S, Sejourne N. Prevention du blues du post-partum : etude pilote. Gynecol.Obstet.Fertil. 2007;35(12):1242.
- Valdés LH, Morlans HX. Aportes de las Doulas a la obstetricia moderna. Chilena obstetricia y ginecología. 2005; 70(2): 108-112.
- Castillo-Torralba M. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. Biblioteca de la salud productiva de la OMS, 2007.
- Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry D. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. Archives of Women's Mental Health; 2009 Feb; 12(1): 3-13.
- Daley A.J., Macarthur C., Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. J. Midwifery Womens Health 2007 Jan-Feb;52(1):56-62.

15. Crockett K, Zlotnick C, Davis M, Payne N, Washington R. A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2008 Dec;11(5-6):319-25.
16. Ngai FW, Chan SW, Ip WY. The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *Int J Nurs Stud*. 2009 Oct;46(10):1298-1306.
17. Chien LY, Tai CJ, Ko Y., Huang CH, Sheu SJ. Adherence to "Doing-the-month" practices is associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan *Res Nurs Health* 2006 Oct;29(5):374-83.
18. Morrissey MV. Suffer no more in silence: challenging the myths of women's mental health in childbearing. In *J Psychiatr Nurs Res*. 2007 Jan;12(2):1429-38.
19. Olza FI, Gainza TI. Alternativa al tratamiento psicofarmacológico de las madres lactantes con depresión posparto en atención primaria. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.
20. Moore DS. Estadística básica aplicada. 1ª edición. Barcelona: Antoni Bosch; 1998.
21. Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Matronas profesión*. 2003; 4 (13): 4-18.
22. Chabrol H, Coroner N, Rusibane S, Sejourne N. Prevention du blues du pospartum: etude pilote. *Gynecol. Obstet. Fertil*. 2007; 35 (12): 1242.
23. Mateo J. Principales técnicas de relajación. *Rev. Rol. de enfermería* 2002; 25 (11): 730-732.
24. de la Iglesia L. Ansiedades e identificaciones en grupos de psicoprofilaxis del embarazo. *Clínica y análisis grupal*. 1998; 20 (3): 427-433.
25. D`Alfonso A, Zaurito V, Facchini D, Di Stefano L, Patachiola F, Cappa F. Validity of Psychoprophylaxis in obstetrics. *Minerva Ginecol*. 1990; 42 (12): 545- 548.

## HIPÓTESIS

Las mujeres embarazadas a las que se les realiza la psicoprofilaxis enfermera tendrán menor riesgo de desarrollar depresión posparto que aquellas a las que no se les realiza, y pertenecen al grupo control.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

- Evaluar si la intervención enfermera (psicoprofilaxis) disminuye la probabilidad de desarrollar depresión posparto.

### Objetivos específicos

- Describir el grado de depresión antes y después de la intervención en el grupo control.
- Describir el grado de depresión antes y después de la intervención en el grupo experimental.
- Analizar las diferencias (si las hay) entre ambos grupos antes de iniciar la intervención.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio experimental pre-test/post-test de ensayo clínico aleatorizado. Se desarrollarán dos tipos de intervenciones: una sobre el grupo experimental en el que se realizará la intervención (psicoprofilaxis), y otra sobre un grupo control en el que se realizará la intervención de rutina.

Para dicha acción, se realizará una intervención grupal, que será protagonista en las primeras sesiones del grupo experimental. Dicha intervención consiste en reunir a un grupo de personas que no será menor de cinco ni mayor de veinte en este caso y que es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad. Este grupo facilitará la conexión de emociones y ayudará a conocer posibles situaciones que pueden producirse y las acciones que deben de tomar para ello.

## Periodo de estudio

Este estudio tendrá una duración de 30 meses.

## Ámbito del estudio

El lugar seleccionado será el Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba, España). Se asegurará la mayor homogeneidad de la muestra tras unos buenos criterios de inclusión y exclusión. Además al ser un hospital público, encontraremos una muestra con mayor variedad socioeconómica y cultural, repartidas en ambos grupos con lo que los resultados serán lo más realistas posible.

## Sujetos del estudio

Se seleccionarán mujeres acogidas al Sistema Nacional de Salud para el seguimiento del embarazo y a las que corresponda el Hospital Reina Sofía, cuya edad esté comprendida entre los 20 y los 40 años, y quieran voluntariamente participar en dicho estudio.

Los sujetos de la muestra (gestantes) serán distribuidos de manera aleatoria entre el grupo experimental y el grupo control. Esta aleatorización se realizará con bolas de dos colores –la mitad de ellas blancas y el resto negras–, asignándose las blancas al grupo experimental y las negras al grupo control, evitando de esta manera cualquier tipo de sesgo en la selección.

## Criterios del estudio

### Criterios de inclusión de los sujetos

- Mujeres entre 20-40 años.
- Que se encuentren en el inicio del segundo trimestre de gestación.
- Voluntariedad a participar en el estudio.

### Criterios de exclusión de los sujetos

- Diagnóstico de enfermedad mental en la actualidad.
- Antecedentes de depresión.

- Diagnóstico de enfermedad orgánica grave anteriormente al embarazo.

## Tamaño Muestral

Para su estimación inicial se considera para el cálculo un nivel de confianza o seguridad del 95 %, es decir,  $\alpha$  de 0,05 y una precisión deseada del 5 %. Sabiendo que según los datos encontrados la prevalencia de depresión posparto ronda en torno 8-25 %, que el porcentaje de pérdidas se estima del 25 % y que la mejoría estimada según estudios previos se podría encontrar en torno al 15 %, el tamaño muestral calculado se corresponde con 261 individuos. No obstante, con objeto de verificar las hipótesis de partida, se considera adecuada la realización de un estudio piloto previo. Este poseerá un tamaño muestral de 30 individuos y servirá de argumento para aceptar o modificar el tamaño muestral previamente calculado.

## Variables

### Variables Intervinientes

- Edad.
- Estado civil.
- Número de hijos.
- Nivel de estudios.
- Nivel económico.
- Situación laboral.
- Núcleo familiar (personas con las que convive).

### Variable Independiente: Psicoprofilaxis enfermera especialista a través de la educación maternal

Podemos definir la psicoprofilaxis como un tratamiento, preventivo, breve y focalizado, destinado a aquellas personas que van a pasar por una situación estresante o delicada. Se pretende ayudar al manejo de las actitudes, emociones y comportamientos.

La Psicoprofilaxis Obstétrica (educación maternal) pretende:

- Establecer una relación agradable y de confianza entre el profesional y la embarazada.
- Medir los factores objetivos y subjetivos que influyen en el embarazo, parto y puerperio.
- Incorporar elementos de educación para la salud para potenciar el autocuidado en la mujer.

Se pretende que las mujeres adquieran conocimientos para saber combatir mejor el dolor del parto y el estrés, además de aportar seguridad durante todo el proceso.

El objetivo del estudio será valorar si la psicoprofilaxis disminuye la incidencia de depresión posparto frente a la educación maternal de rutina. Para ello procederemos a aplicar al grupo control una intervención de educación maternal, mientras que en el grupo experimental se realizarán dos intervenciones grupales anteriores a la educación maternal, siendo esta última de mayor intensidad (mayor número de sesiones) y duración temporal. Todos los detalles sobre la intervención se especifican en el **Anexo 2**.

### Variable dependiente: depresión posparto

Descrita anteriormente, lo que se tendrá en cuenta será la media de la puntuación obtenida en ambos grupos por la escala de Beck, antes y después de la intervención contabilizando así la diferencia de depresión aparecida en un grupo y otro.

El desarrollo del test y la valoración en cada apartado aparece reflejado en el **Anexo 1**.

### Recogida y análisis de los datos

Tras seleccionar la muestra de manera aleatoria en ambos grupos, intentando la mayor homogeneidad posible, se pasará el cuestionario (Beck Depression Inventory) a cada una de las gestantes de ambos grupos antes de comenzar la intervención, y dando su consentimiento para participar en el mismo. Este cuestionario también se les pasará cuatro semanas después del parto, comparando entonces los resultados de ambos

grupos, experimental y control, analizando seguidamente las diferencias entre ellos.

En esta fase se utilizarán técnicas de enmascaramiento para que las pacientes que participan no conozcan el grupo al que pertenecen, pero sí el investigador/a, por lo que en este caso sería de simple ciego o enmascaramiento simple. Con esto se consigue eliminar las posibles influencias en los resultados del estudio.

En lo referido al análisis estadístico se utilizará el resultado del test de Beck como medida de la variable Depresión Posparto, con el objeto de analizar si la realización de Psicoprofilaxis tiene un efecto sobre dicha Depresión. Puesto que la variable de estudio (Depresión Posparto) es, por tanto, una variable aleatoria cuantitativa a la que se presupone distribución normal, se utilizará la prueba de Student como contraste de hipótesis. A tal efecto, dado que la diferencia de las medias de muestras de dos distribuciones normales (en este caso muestra experimental y muestra control) se distribuye también normalmente, la distribución *t* de Student podrá emplearse para examinar si esa diferencia puede razonablemente suponerse igual a cero. Este contraste de hipótesis permitirá pues validar la eficacia de la Psicoprofilaxis como atenuante de la Depresión Posparto, y será realizado mediante el paquete informático SPSS.

Se tendrán en cuenta el número de abandonos en cada grupo y se analizará el motivo de dicho abandono intentando poner medidas correctoras para evitarlo en lo posible; además se eliminará del estudio a las gestantes que hayan participado en menos de cinco sesiones del grupo control y menos de seis sesiones del grupo experimental.

### Consideraciones éticas

- Se pondrá en conocimiento de la dirección de gerencia del hospital el estudio a realizar.
- Se tendrá en cuenta el derecho a ser informado voluntariamente y a participar en el estudio por decisión propia. Estará reflejado en el consentimiento informado (**Anexo 3**).
- Se contará con el derecho a la privacidad de los datos, los cuales no se darán a conocer bajo ningún concepto a excepción de expreso deseo de alguna participante.

- Se contará con el principio de respeto a las personas, que exige que los investigadores traten a los sujetos como individuos autónomos y obtengan su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. Los sujetos de investigación no deben considerarse fuente pasiva de datos, sino individuos cuyo bienestar y derecho debe ser respetado y preservado.
- Según el principio de beneficencia se exige que los investigadores diseñen protocolos que proporcionen conocimientos válidos y generalizables, que aseguren que los beneficios de la investigación sean proporcionales a los riesgos corridos por los participantes. El investigador debe tratar de reducir al mínimo los riesgos y aumentar al máximo los beneficios de la participación del estudio.
- Por último, contando con el principio de justicia, se exige que los beneficios y las cargas de la investigación se distribuyan equitativamente. Las participantes asumen algún riesgo a fin de beneficiar a la sociedad en conjunto.

### Dificultades y limitaciones del estudio

- Que se encuentre una diferencia de edad del grupo control con respecto al grupo experimental.
- Que se produzcan desarrollo de enfermedades una vez comenzado el estudio, o aparición de acontecimientos vitales estresantes (separaciones, divorcios...), o cualquier otro tipo de circunstancia personal que incremente la probabilidad de desarrollar depresión y no esté ligada directamente al embarazo, siempre que estas circunstancias no sean detectadas por el investigador.
- Al realizar una selección de la muestra puede que ésta no se realice de forma correcta pues se escojan a gestantes que no cumplan los criterios de inclusión (proporción de datos incorrectos por parte de las gestantes, omisión de factores clave, errores en la gestión de los datos de partida...), lo que viene a llamarse sesgo de selección que suele ser relativamente frecuente en este tipo de estudios.

### CRONOGRAMA, ETAPAS DE DESARROLLO

El cronograma de este estudio se describe en la **Tabla 1**.

### UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la actualidad se conoce que la depresión posparto afecta al estado de salud mental a largo plazo. Cuando aparece, este cuadro puede tener una duración de 4-6 meses, pudiendo superar el año. La mayoría de las mujeres con depresión no tiene ayuda profesional después del parto, y casi el 50% no tiene ayuda de los familiares o amigos. Además el registro es escaso por la poca especificidad de la sintomatología.

En el estudio se pretende hacer más conscientes a las futuras madres de este problema, y para ello se elaborará un plan de intervención distinto, cambiando el enfoque, haciéndolas entrar más en el plano psicológico, y ayudando a movilizar y expresar sentimientos internos. Con este cambio en la educación maternal, se conseguirá una mayor seguridad en las gestantes durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, además de reducir la incidencia de la depresión posparto y fomentando una intervención más temprana y eficaz.

### JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA SOLICITADA

- **Material inventariable:** para llevar el proyecto a cabo será necesario un ordenador portátil, una impresora, un cañón proyector, una grabadora y un programa informático SPSS para la recogida y análisis de los datos obtenidos.
- **Material fungible:** para la elaboración del estudio será necesario material de oficina (fotocopias para la realización de los tests, CDs vírgenes para repartirlo entre las componentes del grupo experimental...), telecomunicaciones... todo ello necesario para las fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto.
- **Viajes y dietas:** se requerirán billetes de transporte, así como dietas de viaje para difundir los resultados de la investigación sanitaria a foros de enfermería de salud mental.
- **Apoyos externos:** será necesario el apoyo de una persona experta en el manejo del programa estadístico.
- **Contratación de servicios externos:** para poder trasladar las conclusiones se necesitará un traductor profesional, para la difusión de los resultados tanto en revistas científicas como en congresos internacionales.



**Tabla 1.** Cronograma.

ACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO
<p><b>Primera Etapa</b></p> <p>En esta fase será necesario la reunión con la Dirección del Área del hospital para informar sobre la realización del estudio, y solicitar la evaluación por el Comité Ético.</p>	3 meses
<p><b>Segunda Etapa</b></p> <p>Se realizará la selección de las participantes del estudio (ambos grupos, experimental y control). Reuniones del equipo de investigación con la gerencia del hospital y con las participantes del estudio de manera individual, para explicar la información referente al mismo. Quedará cumplimentado el consentimiento informado por parte de las participantes.</p>	3 meses
<p><b>Tercera Etapa</b></p> <p>Intervención en ambos grupos, una mediante la psicoprofilaxis y otra por la intervención estándar. El inicio de cada una varía, ya que en el experimental es en la semana 20 de gestación y en el grupo control es en la semana 28. Previo al inicio (primer día de intervención) se pasará el test de Beck.</p>	8 meses
<p><b>Cuarta Etapa</b></p> <p>Recogida y análisis de datos. A los 30 días de la fase del puerperio se volverá a pasar el test de Beck, analizando posteriormente los resultados. Este tiempo permitirá valorar posibles depresiones que se produzcan tras el puerperio precoz o inmediato, y así obtener unos resultados más precisos.</p>	8 meses
<p><b>Quinta Etapa</b></p> <p>El equipo investigador elaborará un informe detallado del ensayo clínico. Se publicará un artículo científico en español y otro en inglés para su publicación en revistas científicas. Los resultados de esta investigación serán divulgados en foros relacionados con la enfermera de salud mental y comunitaria.</p>	8 meses
<p><b>Distribución de las tareas</b></p> <p>En la cuarta y quinta etapa se necesitará de un experto en análisis estadísticos. Para el resto del proyecto se requerirá de una enfermera especialista en Salud Mental, una matrona que será la que lleve a cabo las sesiones de educación maternal y una psicóloga. La enfermera y la psicóloga serán las que coordinen los las intervenciones grupales y elaborarán las sesiones de ámbito psicológico a realizar por la matrona. El equipo investigador será el que estará presente en todas las sesiones y reuniones.</p>	
<b>TOTAL MESES</b>	<b>30 meses</b>

## PRESUPUESTO SOLICITADO

<b>1) Gastos de personal</b>	
- Experto en estadística	300,00 €
- Traductor profesional	400,00 €
- Psicóloga	3.000,00 €
- Matrona	2.600,00 €
- Enfermera especialista en Salud Mental	2.600,00 €
SUBTOTAL	8.900,00 €
<b>2) Gastos de ejecución</b>	
<b>A) Adquisición de bienes y contratación de servicios</b> (inventariable, fungible y otros gastos)	
<b>Inventariable</b>	
- Ordenador portátil Toshiba 13,3"	755,16 €
- Impresora multifunción HP	59,00 €
- Programa informático SPSS 12.0	1.390,00 €
- Cañón proyector Cannon LV-7240	219,00 €
- Grabadora DVD LG	32,19 €
<b>Fungible</b>	
- Material de oficina (recogida, análisis y divulgación de datos)	150,00 €
<b>Otros gastos</b>	
	300,00 €
SUBTOTAL	2.905,35 €
<b>B) Viajes y dietas</b>	
<b>Divulgación de resultados</b>	
- Dietas	400,00 €
- Billetes de viaje	900,00 €
- Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental	2.000,00 €
- Congreso Internacional de Enfermería en Salud Mental	3.000,00 €
SUBTOTAL	6.300,00 €
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	18.105,35 €
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>18.105,35 €</b>

## ANEXO I

### BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

#### Introducción

En este cuestionario aparecen 21 ítems. El test dispone de una versión adaptada y validada para la población española. Cada uno de los ítems evalúa un estado de ánimo diferente: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambio de imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, disminución del nivel de energía. En cada apartado no se pondrá la parte a valorar para evitar influencias en las respuestas del test.

#### Cuestionario

A continuación se le indica que señale la afirmación de cada grupo que mejor describe sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy (sólo una respuesta en cada grupo).

Se debe incidir en que se asegure de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección. El terapeuta o dirigente del grupo leerá las opciones en voz alta mientras cada miembro del grupo escoge la respuesta que más se acerque a su estado actual.

#### 1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

#### 2)

- No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.
- Me siento desanimada respecto al futuro.
- Siento que no tengo nada que esperar.
- Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

#### 3)

- No me siento fracasada.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigada.
- Siento que quizás esté siendo castigada.
- Espero ser castigada.
- Siento que estoy siendo castigada.

7)

- No me siento descontenta conmigo misma.
- Estoy descontenta conmigo misma.
- Me avergüenzo de mi misma.
- Me odio.

8)

- No me considero peor que cualquier otra.
- Me autocrítico por mis debilidades y por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

**11)**

- No estoy más irritada de lo normal en mi.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritada continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

**12)**

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesada en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

**13)**

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

**14)**

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Estoy preocupada porque parezco mayor o poco atractiva.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

**15)**

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

**16)**

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

**17)**

- No me siento más cansada de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansada para hacer nada.

**18)**

- Mi apetito ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

**19)**

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

**20)**

- No estoy preocupada por mi salud.
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, cansancio...
- Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**21)**

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesada por el sexo que antes.
- Ahora estoy mucho menos interesada por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

## Resultados

Para el análisis del test es crucial la observación de las puntuaciones totales:

- De 5 a 9: alteraciones normales.
- De 10 a 18: depresión leve-moderada.
- De 19 a 29: depresión moderada-severa.
- De 30 a 63: depresión severa.

Es importante tener en cuenta que:

- Si se obtiene un resultado menor de 4, puede que se esté negando la existencia de depresión, ya que incluso personas en estado normal no lo obtienen.
- Si se obtiene un resultado mayor de 40, supera la depresión severa, y puede ser una exageración que nos podría orientar a un tipo de trastorno límite o histriónico.

## ANEXO II

### INTERVENCIONES

Tras haber firmado el consentimiento y antes de realizar ambas intervenciones, se pasará el cuestionario de Beck Depression Inventory en los dos grupos.

#### Grupo Control

La intervención de este grupo será la de rutina que suele realizarse en el Sistema Público de Salud de forma habitual.

El inicio del mismo comenzará en el tercer trimestre de gestación (en torno a la semana 28-29) y finalizará en la fase posparto con una clase más.

Las clases tendrán una duración de una hora y media, siendo los últimos 30 minutos dirigidos a ejercicios de relajación, gimnásticos prenatales, técnicas de expulsión, ejercicios de simulación, dilatación, parto y respiraciones.

Las clases serán:

- 1) **Semana 28 de gestación.** Cambios fisiológicos en el embarazo. Planificación Familiar. Parte práctica.
- 2) **Semana 29 de gestación.** Cambios psicológicos en el embarazo, parto y puerperio.
- 3) **Semana 30 de gestación.** Alimentación y hábitos higiénicos durante el embarazo. Parte práctica.
- 4) **Semana 31 de gestación.** Parto. Parte práctica.
- 5) **Semana 32 de gestación.** Puerperio. Parte práctica.
- 6) **Semana 33 de gestación.** Lactancia y tipos. Parte práctica.
- 7) **Semana 34 de gestación.** Cuidados en el recién nacido. Parte práctica.

Al finalizar las sesiones de educación maternal, se volverá a reunir a las mujeres, catorce días tras el parto, y nuevamente se pasará el test de Beck.

#### Grupo Experimental

La intervención en este grupo comenzará en la semana 20 de gestación. El grupo será formado por 5-10 integrantes. Las sesiones serán de hora y media. Las clases se dividirán en dos partes, donde en las dos primeras sesiones se harán las intervenciones grupales y en las sesiones siguientes se les dará unas aportaciones más teóricas.

La psicoprofilaxis comenzará con dos sesiones de intervención grupal, encaminadas a que las componentes del grupo puedan intercambiar ideas, discutir y resolver problemas, todo esto bajo un clima de espontaneidad, libertad de acción y buen humor, guiado sólo por unas reglas que rigen el proceso. La metodología de intervención grupal es definida como un proceso de ayuda donde el profesional utiliza el sistema grupal para impactar a los individuos participantes del grupo. Se visualiza al profesional como facilitador/a y promotor/a de cambios a nivel cognoscitivo, afectivo y conductual de los miembros del grupo. A través de esta metodología también el grupo puede ser recurso para efectuar cambios en el contexto ambiental.

Al comparar la metodología de intervención grupal con la metodología individual se visualizan varias ventajas. En primer lugar, a través de la metodología grupal el profesional puede llegar a un número mayor de personas. Además, los miembros del grupo sirven de redes de apoyo entre sí. Todas las participantes del grupo tienen la oportunidad de exponer sus puntos de vistas o experiencias vividas, lo cual fortalece la intervención profesional de la enfermera.

El encuadre de la intervención grupal a realizar será:

- **Integrantes del grupo.** Siempre lo compondrán las mismas personas, acompañado de dos profesionales, uno es el preceptor que será el que guiará el grupo y otro que será el ayudante que tomará los emergentes del mismo.
- **Espacio.** Todas las sesiones serán en la misma sala, lugar que debe ser tranquilo, neutral, sin ruidos y confortable.
- **Tiempo.** Todas las sesiones serán de 90 minutos, los martes de cada semana de 18 a 20 horas.

Las sesiones serán:

**1ª Semana 20 de gestación.** Al inicio se hará el encuadre del tema, que será la maternidad, donde se darán a conocer sus miedos, temores, experiencias previas, se compartirán opiniones y distintos puntos de vista. Se concluye con el cierre y exposición de los emergentes.

**2ª Semana 22 de gestación.** Se hará nuevamente el encuadre del tema, que será el parto, sobre cómo les gustaría que fuese, si tienen alguna idea y si desean o no acompañamiento de pareja o familiar. Se concluirá con el cierre y la exposición de los emergentes.

Tras la finalización de las intervenciones grupales, se comenzará la parte teórica, de 90 minutos de duración y se dará un margen de 10 minutos al finalizar para preguntas o aclaraciones. El encuadre se sigue manteniendo.

**3ª Tendrá lugar en la semana 24 de gestación.** Se explicará anatomía y fisiología del embarazo. Parte práctica.

**4ª Semana 25 de gestación.** Planificación familiar. Conocimiento de los diferentes métodos de anticoncepción, diferencias entre ellos y la efectividad de los mismos. Parte práctica.

**5ª Semana 26 de gestación.** Proceso del parto y signos del inicio del mismo. Parte práctica.

**6ª Semana 27 de gestación.** Puerperio inmediato. Principales cambios físicos y psicológicos del embarazo. Parte práctica.

**7ª Semana 28 de gestación.** Tipos de lactancia: natural, artificial y mixta. Parte práctica.

**8ª Semana 29 de gestación.** Características del recién nacido. Principales cuidados. Inicio de las vacunas y pruebas en los primeros días. Parte práctica.

**9ª Semana 30 de gestación.** Depresión posparto, conceptos y tipos. Se indicarán los profesionales sanitarios adecuados para abarcar esta situación si se produce algunas de las situaciones mencionadas anteriormente. Parte práctica.

**10ª Puerperio, desde catorce hasta treinta días tras del parto.** En esta última fase se resolverán las principales dudas, así como se comentará si se ha producido algún cambio psicológico en la madre. Se darán consejos para favorecer el cuidado y descanso del bebe y de la madre. Se pasará nuevamente el test de Beck al finalizar esta fase (al mes tras el parto).

La parte práctica de cada sesión constará de ejercicios de relajación, gimnásticos prenatales, técnicas de expulsión, ejercicios de simulación, dilatación, parto y respiraciones para llevar a cabo el trabajo del parto con una menor ansiedad y dolor. Se les repartirá un CD en la octava sesión sobre estos ejercicios respiratorios para que practiquen al terminar la psicoprofilaxis hasta que den a luz.



### ANEXO III

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI número \_\_\_\_\_, manifiesto haber recibido, comprendido y aceptado toda la información acerca del estudio experimental de ensayo clínico aleatorizado que se realizará en el Hospital Universitario Reina Sofía, recibiendo por ello un tipo de intervención basada en la preparación al embarazo, parto y puerperio.

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento avisando previamente a la organización.

Los datos personales tendrán un carácter confidencial y no podrán ser publicados en ningún caso, salvo deseo explícito de la participante.

Por todo lo anterior otorgo mi consentimiento a participar en el estudio.

Fecha: a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Fdo.:

(firma de la participante)

Fdo.:

(firma del/ de la representante de la investigación)