



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Trabajo de fin de grado
Grado en Enfermería

**Salud mental durante el posparto de
mujeres gallegas: Un estudio sobre la
ansiedad y la depresión.**

Autora: Carla Barreiro Sánchez

Tutora: Nuria García Couceiro

Cotutora: Lorena Torres López

Curso 2023-2024

Convocatoria Junio 2024

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción	7
3. Justificación	9
4. Hipótesis	11
5. Objetivos	11
6. Métodos	12
6.1. Periodo de estudio	12
6.2. Tipo de estudio.....	12
6.3. Ámbito de estudio	13
6.4. Criterios de inclusión.....	13
6.5. Criterios de exclusión.....	13
6.6. Mediciones.....	13
6.7. Justificación del tamaño muestral.....	15
6.8. Análisis estadístico.....	15
6.9. Estrategia de contacto con los participantes y recogida de datos.....	15
7. Distribución de tareas	16
8. Plan de trabajo	17
9. Viabilidad y costes	18
9.1. Infraestructura necesaria.....	18
9.2. Recursos humanos	18
9.3. Material inventariable	18
9.4. Material fungible.....	18
9.5. Otros gastos.....	19
9.6. Plan de difusión	20

9.7. Posible financiación.....	20
10. Aspectos éticos	21
11. Resultados esperados	21
12. Limitaciones del estudio	21
13. Bibliografía	22
14. Anexos	25
Anexo 1: Consentimiento informado.....	25
Anexo 2: Modelo del cuestionario ad hoc.....	26
Anexo 3: Escala de Depresión de Posparto de Edinburgh (EPDS).....	29
Anexo 4: Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS).....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de puerperio.....	7
Tabla 2. Variables de estudio	14
Tabla 3. Distribución de tareas.....	16
Tabla 4. Gastos	19
Tabla 5. Plan de difusión en revistas científicas.....	20

1. Resumen

Introducción: El puerperio es el periodo de vida de la mujer que procede al parto y en el cual se reinvierten los cambios producidos durante el embarazo. Tradicionalmente se ha asociado a la recuperación física (6-8 semanas). No obstante, en la actualidad, se defiende que su duración va más allá de los dos meses, incluyendo la recuperación psicosocial y emocional. Entre los factores que se identifican como obstáculos durante este periodo, se encuentran la ansiedad y la depresión. En España, el 14% sufre depresión posparto y el 8% ansiedad. A nivel autonómico no se dispone de datos oficiales. Los síntomas aparecen con mayor frecuencia a los 3 meses, pero pueden presentarse hasta 1 año después. La etiología es desconocida, sin embargo, la evidencia señala la existencia de diversos factores de riesgo. Con todo, los dispositivos sanitarios públicos no cuentan con estrategias, ni recursos específicos para cubrir las necesidades de las pacientes. Quienes, influenciadas por el estigma social, suelen ocultar su situación y prefieren no pedir ayuda.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión posparto en mujeres gallegas, así como sus factores de riesgo.

Método: Se plantea un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los datos serán recogidos mediante un cuestionario compuesto por 3 bloques. El primero, con el objetivo de valorar la vulnerabilidad y los factores de riesgo, incluye preguntas sociodemográficas, relacionadas con la historia clínica y aspectos psicosociales. El segundo incluye la escala EPDS para valorar la presencia de síntomas de depresión y el último, la escala PASS, que valora niveles de ansiedad. Podrán participar puérperas entre 18 y 49 años. El cuestionario será administrado a los 3, 6 y 12 meses posparto por matronas de centros públicos gallegos de AP. Los resultados obtenidos se difundirán en congresos y revistas científicas de alto impacto.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, posparto, factores de riesgo, prevalencia.

Abstrac

Introduction: The puerperium is the period of a woman's life that proceeds after childbirth and in which the changes produced during pregnancy are reinverted. Traditionally it has been associated with physical recovery (6-8 weeks). However, it is currently advocated that its duration goes beyond two months, including psychosocial and emotional recovery. Among the factors identified as obstacles during this period are anxiety and depression. In Spain, 14% suffer from postpartum depression and 8% from anxiety. No official data are available at the regional level. Symptoms appear most frequently at 3 months but can occur up to 1 year later. The etiology is unknown, however, evidence points to the existence of various risk factors. However, public health facilities do not have specific strategies or resources to meet the needs of patients. Influenced by social stigma, they tend to hide their situation and prefer not to ask for help.

Objectives: To determine the prevalence of postpartum anxiety and depression in galician women, as well as their risk factors.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study is proposed. Data will be collected by means of a questionnaire composed of 3 blocks. The first, with the aim of assessing vulnerability and risk factors, includes sociodemographic questions, related to clinical history and psychosocial aspects. The second includes the EPDS scale to assess the presence of depressive symptoms and the last, the PASS scale, which assesses anxiety levels. Postpartum women between 18 and 49 years of age will be able to participate. The questionnaire will be administered at 3, 6 and 12 months postpartum by midwives from galician public PC centers. The results obtained will be disseminated in congresses and high impact scientific journals.

Key words: Anxiety, depression, postpartum, risk factors, prevalence.

Resumo

Introdución: O puerperio é o período de vida da muller que procede ao parto e no cal reinvértense os cambios producidos durante o embarazo. Tradicionalmente asociouse á recuperación física (6-8 semanas). Non obstante, na actualidade, deféndese que a súa duración vai máis alá dos dous meses, incluíndo a recuperación psicosocial e emocional. Entre os factores que se identifican como obstáculos durante este período, atópanse a ansiedade e a depresión. En España, o 14% sofre depresión posparto e o 8% ansiedade. A nivel autonómico non se dispón de datos oficiais. Os síntomas aparecen con maior frecuencia aos 3 meses, pero poden presentarse ata 1 ano despois. A etioloxía é descoñecida, sen embargo, a evidencia sinala a existencia de diversos factores de risco. Con todo, os dispositivos sanitarios públicos non contan con estratexias, nin recursos específicos para cubrir as necesidades das pacientes. Quenes, influenciadas polo estigma social, soen ocultar a súa situación e prefiren non pedir axuda.

Obxetivos: Coñecer a prevalencia da ansiedade e depresión posparto en mulleres galegas, así como os seus factores de risco.

Método: Plántase un estudo observacional, descritivo e transversal. Os datos serán recollidos mediante un cuestionario composto por 3 bloques. No primeiro, có obxectivo de valorar a vulnerabilidade e os factores de risco, inclúense preguntas sociodemográficas, relacionadas cá historia clínica e aspectos psicosociais. O segundo inclúe a escala EPDS para valorar a presenza de síntomas de depresión e no último, a escala PASS, que valora niveis de ansiedade. Poderán participar puérperas entre 18 e 49 anos. O cuestionario será administrado aos 3, 6 e 12 meses posparto por matronas de centros públicos galegos de AP. Os resultados obtidos difundiránse en congresos e revistas científicas de alto impacto.

Palabras chave: Ansiedade, depresión, posparto, factores de risco, prevalencia.

2. Introducción

El puerperio es el periodo de vida de la mujer que procede al parto. Su comienzo tiene lugar en el momento en el que la placenta es expulsada del útero materno, pero existen diversas opiniones sobre cuando tiene lugar el final de esta etapa (1). Tradicionalmente se ha asociado al fin de la recuperación anatómica y fisiológica (de 6 a 8 semanas). Sin embargo, en la actualidad, el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal además de la recuperación física, tiene en cuenta los aspectos psicosociales y emocionales, por lo que defiende que el puerperio llega más allá de los dos meses, abarcando como mínimo el primer año de vida del bebé. Según el tiempo transcurrido puede dividirse clínicamente en 3 periodos sucesivos, recogidos en la Tabla 1 (2).

Tabla 1: Tipos de puerperio

TIPO DE PUERPERIO	TIEMPO TRANSCURRIDO
Puerperio inmediato	Las primeras 24h posparto.
Puerperio temprano	La primera semana posparto.
Puerperio tardío	El tiempo necesario para el retorno al estado pregestacional.

El cuerpo de una mujer embarazada afronta diversos cambios a nivel fisiológico. Las principales modificaciones se observan a nivel genital, cardiovascular, hematológico, digestivo y urinario. Es durante el puerperio cuando estos cambios van revirtiendo paulatinamente hasta llegar al estado pregestacional (1).

Entre las modificaciones de los órganos genitales destacan las contracciones uterinas, que estarán presentes durante el tiempo de recuperación física de la mujer y en un principio pueden llegar a ser muy intensas. Son esenciales para la hemostasia, ya que comprimen los vasos sanguíneos y logran la obliteración, de esta forma disminuye el peso y tamaño del útero. Al mismo tiempo, tiene lugar la involución uterina y la expulsión del contenido líquido o “loquios” como proceso de curación del lecho placentario (1).

Con respecto a las mamas, tras la salida de la placenta se produce un descenso brusco de esteroides y lactógeno placentario, esto desencadena la síntesis de leche. Entre el 2º y 4º día posparto las mamas aumentan de volumen, están ingurgitadas y tensas debido al mayor riego sanguíneo y linfático, además, se observa una mayor pigmentación en la aréola y en el pezón (1).

En los sistemas cardiovascular y hematológico, los procesos que tienen lugar son la disminución de volumen cardíaco y el aumento y disminución del gasto cardíaco, con el fin de regresar a los valores de frecuencia cardíaca y presión arterial pregestacional. Con mayor relevancia, durante

el embarazo existe un aumento de 8.5L de agua, la mayoría distribuido entre los tejidos maternos y el contenido intrauterino. Su pérdida, sumada con la expulsión de la placenta, supondrá un descenso gradual de 5-6kg (1).

A nivel digestivo, la persistencia de la atonía intestinal y las molestias perianales secundarias a la episiotomía, aumentan la probabilidad de constipación durante los primeros días del posparto. La diuresis también se ve afectada, esta aumenta durante el puerperio temprano debido a la reducción del compartimento extracelular. Este hecho genera problemas como la hematuria, la retención y la infección urinaria (1).

No obstante, además de las alteraciones físicas, es durante el posparto cuando tiene lugar el proceso de adaptación entre la diada y el entorno (incluida la lactancia materna). Por ello, es importante hacer referencia a los aspectos emocionales, psicológicos y sociales característicos de esta etapa (2).

La transición a la maternidad supone un aumento en la probabilidad de desarrollo de problemas de salud mental. Desde una perspectiva biológica la madre está expuesta a cambios hormonales y cerebrales que aumentan la sensibilidad a la hora de procesar las emociones. En consonancia con las teorías evolutivas, estos cambios son necesarios, en tanto que ayudan a la madre a actuar ante las demandas de protección del bebé. El problema surge cuando existe un aumento de la sensibilidad emocional y vigilancia ante las señales de amenaza y agresión, pudiendo aparecer cuadros de ansiedad. Cabe destacar que los síntomas ansiosos suponen un factor de riesgo para el desarrollo de la sintomatología depresiva, lo que significa que ambos cuadros están íntimamente relacionados y deben de ser estudiados conjuntamente (3).

La OMS define la ansiedad como “miedo y preocupación de manera intensa y excesiva” ante situaciones específicas o generalizadas y se manifiesta con irritabilidad, tensión, inquietud, incapacidad para concentrarse y tomar decisiones, sensación de fatalidad, trastornos del sueño, etc. (4). Por su parte, la depresión es definida como “tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades e incapacidad de realizarlas”. En este cuadro pueden aparecer también síntomas típicos de la ansiedad, junto con cansancio frecuente y la falta de apetito (5). Ambos trastornos afectan negativamente a la maternidad, impidiendo a la madre desarrollar su función correctamente y pudiendo generar repercusiones transgeneracionales (6).

Cuando los síntomas son leves se denominan “blues maternos” o “baby blues”. La etiqueta de depresión posparto se reserva para aquellas situaciones en las que los síntomas no remiten a las 2 semanas después de dar a luz. El periodo de mayor riesgo es llamado “Los mil días de oro”,

que se extiende desde la concepción hasta el segundo año de vida del bebé (7). El posible origen de estos trastornos se relaciona con distintas fuentes, que podrían variar en función tanto de los cambios fisiológicos de la madre, como de las demandas y cuidados que precisa el bebé (5,6).

Con relación a esto, un estudio llevado a cabo por Lonstein et al. (2014), explica como las hormonas posparto y las señales sensoriales del recién nacido modifican el cerebro materno. Ejemplo de ello es el contacto físico. Estar piel con piel con el bebé aumenta la actividad del receptor GABBA, encargado de la inhibición y reducción de la actividad neuronal, contribuyendo así a reducir los niveles de ansiedad. Es decir, la madre se vuelve más resistente a la ansiedad y a la depresión. Por la contra, si existe alguna deficiencia en la señalización gabanérgica, la sintomatología ansiosa y depresiva puede aumentar (8).

3. Justificación

La evidencia científica hallada sobre la prevalencia de la ansiedad y depresión posparto señala que los cuadros depresivos en países de ingresos altos alcanzan el 10% mientras que en los países de ingresos medios y bajos llegan al 20% (3). En España 1 de cada 10 mujeres (14%), sufre depresión posparto de intensidad grave o moderada. Esta puede presentarse tras el parto o hasta 1 año después, aunque lo más frecuente es que se produzca a los 3 meses (7). A pesar de que autores como Fawcett et al. (2019) sitúan la prevalencia de padecer 1 o más trastornos ansiosos durante el puerperio en el 20,7%, los cuadros ansiosos han sido menos estudiados (3). En España se estima que un 8% sufre ansiedad posparto. En general, en torno al 15-20% de estas mujeres pueden llegar a desarrollar una sintomatología ansiosa-depresiva de mayor o menor gravedad (9). Por lo que respecta a Galicia, no se disponen de datos oficiales a nivel autonómico.

Las causas exactas de la aparición y persistencia de los periodos ansiosos-depresivos son desconocidas, pero se considera la existencia de diversos factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de la mujer. Este proceso es explicado mediante el modelo general de vulnerabilidad frente al estrés. El parto se considera un estresor neurohormonal e inmunológico y la transición a la maternidad un estresor psicosocial que exige al organismo un esfuerzo adaptativo. Dentro de este modelo podemos encontrar 4 tipos de vulnerabilidad psicobiológica (10).

En tanto que las hormonas suponen un papel principal en el cambio emocional de las mujeres, la vulnerabilidad neurohormonal consiste en la depleción de estrógenos en el posparto y por lo tanto la disminución de neurotransmisores cerebrales. El síndrome premenstrual también aumenta el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva debido a los cambios en las hormonas

reproductivas. La serotonina y el descenso de triptófano en la respuesta del estrés se ha relacionado con distintos genes, dando lugar a vulnerabilidad genética. Por otro lado, el concepto de vulnerabilidad cognitiva hace referencia al impacto que pueden tener las experiencias perinatales. Este dependerá de los rasgos de personalidad, el estilo cognitivo, las estrategias de afrontamiento y el apoyo familiar y social (10).

Asociado a las situaciones socioeconómicas se encuentra la vulnerabilidad psicosocial, los cambios en la transición y la compaginación de roles afectan al estado anímico, algunos ejemplos son: Los cambios físicos y percepción de la autoimagen, pérdida estatus laboral, aislamiento y problemas económicos (9,10).

Presentar antecedentes de enfermedad mental previa constituye uno de los principales factores asociados, entre otros motivos porque muchas mujeres dejan de tomar la mediación para evitar riesgos en el embarazo. El problema es mayor si ya se ha desarrollado depresión en puerperios previos, si se ha presentado sintomatología en otros momentos de la vida o si, además, existe historia familiar de depresión, sobre todo en pospartos de madres y hermanas. Más factores pueden ser vivir situaciones estresantes durante el posparto y estar al cargo del cuidado de otra persona (10).

Los problemas en la lactancia afectan a un alto porcentaje de mujeres. No alcanzar las expectativas incrementa la probabilidad de precipitación de estos trastornos. A su vez, las mujeres con depresión tienen mayor riesgo de abandonar la lactancia, por lo que se crea una relación bidireccional. El destete precoz produce una caída brusca de hormonas. El malestar físico y presentar antecedentes de trastornos alimenticios dificultan la lactancia y aumentan la vulnerabilidad. El tipo de parto, las secuelas físicas, la separación madre-bebé y el diagnóstico de diabetes gestacional también son considerados causas (11).

En la actualidad no existen recursos ni estrategias suficientes de prevención a nivel estatal. El miedo al estigma puede estar detrás de que muchas mujeres oculten su situación, conllevando a que exista un infradiagnóstico. El porcentaje de casos no diagnosticados de depresión posparto se sitúan entre el 50% y 75%. Teniendo en cuenta que detectar y prevenir los trastornos mentales tiene una gran importancia, cabe señalar que la desinformación de las mujeres sobre el proceso del puerperio aumenta su vulnerabilidad y con ello su malestar (12).

Para afrontar este problema, la maternidad requiere de apoyo social. Cada vez es mayor la evidencia científica que demuestra que el apoyo de otras madres mejora la vivencia y previene el malestar psíquico. Los grupos de ayuda mutua suponen una forma en la que las madres pueden desahogarse, sentirse comprendidas y conseguir la orientación y el ánimo que necesitan

(13,14). La sanidad también tiene un papel fundamental, crear una relación de confianza con la paciente y tener una asistencia continuada ayudaría a la madre a sentirse cómoda para poder comunicar sus emociones y experiencias. No obstante, para ello es esencial la formación de los profesionales en este aspecto (14). Incluir a la familia y pareja durante este proceso ayudaría a formar un vínculo y un ambiente saludable, ayudándoles a entender el sufrimiento por el que está pasando la madre y cómo aportar su ayuda (12).

Es necesario reconocer la complejidad de la maternidad y priorizar que las madres reciban la ayuda que necesitan pudiendo solicitarla sin miedo a sentirse juzgadas. Ofrecer recursos y cuidados especializados y de calidad implicaría una mejor prevención de la aparición de los trastornos (15). Para poder conseguirlo, es necesario conocer la prevalencia y contar con estudios que respalden la etiología de estos trastornos. De esta forma se podrán tomar medidas desde los Centros públicos de Atención Primaria.

4. Hipótesis

La hipótesis que se plantea en este trabajo es que existe una elevada prevalencia de ansiedad y depresión en las puérperas gallegas, junto con factores de riesgo que aumentan su vulnerabilidad.

5. Objetivos

General:

- Conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión posparto en mujeres gallegas, así como sus factores de riesgo.

Específicos:

En relación con la vulnerabilidad neurohormonal

- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que tuvieron parto natural y mujeres que tuvieron parto por cesárea/inducido/medicalizado.

En relación con la vulnerabilidad genética

- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres con antecedentes familiares de estos trastornos y mujeres con ausencia de ellos.

En relación con la vulnerabilidad cognitiva

- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que presentan antecedentes de aborto y mujeres que no presentan antecedentes.

- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que fueron diagnosticadas con diabetes gestacional y mujeres sin diabetes gestacional.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios y mujeres sin antecedentes.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres según si presenta conocimientos sobre el puerperio o no.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que cuentan con apoyo familiar y mujeres sin apoyo.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que cuentan con apoyo sanitario y mujeres con falta de apoyo.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que reciben apoyo de otras madres y mujeres que no lo reciben.

En relación con la vulnerabilidad psicosocial

- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres según el impacto que tuvo el embarazo en su ámbito laboral.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que presentaron problemas físicos tras el parto (dolor por cesárea, dolor de espalda, estreñimiento, hemorroides, incontinencia urinaria e intestinal) y mujeres sin problemática.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que presentaron problemas en la lactancia (mastitis, dolor en el pezón, exceso o insuficiencia de la leche y neoplasia) y mujeres sin problemática.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre mujeres que optaron por la lactancia y mujeres que optaron por el uso de fórmulas.
- Comparar el nivel de ansiedad y depresión entre madres que dieron a luz a un hijo/a sano y mujeres cuyo hijo/a requiere ingreso hospitalario tras el parto.

6. Métodos

6.1 Periodo de estudio

El periodo del estudio abarcará desde el mes de septiembre de 2024 a abril de 2027.

6.2 Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal, de diseño cuantitativo y de carácter descriptivo.

6.3 Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en las consultas de las matronas los Centros públicos de Atención Primaria de Galicia.

Según el Instituto Gallego de Estadística (IGE) el número de mujeres fértiles, es decir, con edad comprendida entre los 15 y los 49 años es de 534.633, lo que supone el 38,17% del total de la población de mujeres en Galicia (1.400.360). Por otro lado, la tasa de natalidad en Galicia, en el año 2022, fue de 5,38, suponiendo esto un total de 14.495 nacimientos al año (16,17).

6.4 Criterios de inclusión

Las participantes serán mujeres que se encuentren en la etapa del puerperio, que accedan a participar voluntariamente y sean mayores de edad.

6.5 Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio a aquellas mujeres cuyo embarazo haya sido interrumpido mediante un aborto espontáneo o terapéutico y aquellos cuestionarios que estén cubiertos de forma incompleta o errónea.

6.6 Mediciones

El instrumento que se utilizará será un cuestionario en papel dividido en 3 bloques:

- **Bloque 1:**

Cuenta con un cuestionario ad hoc específico para este estudio compuesto por 30 preguntas cerradas relacionadas con aspectos sociodemográficos, psicosociales y clínicos. A partir de las ellas se realizará una evaluación clínica y se identificarán los factores de riesgo que presenta la mujer.

- **Bloque 2:**

Incluye la escala EPDS. Ésta fue diseñada en centros de salud de Livingston y Edinburgh en 1987 por Cox et al. Es el instrumento más específico para la evaluación de la depresión posparto ya que mide síntomas cognitivos y emocionales. Es el más usado a nivel internacional y fue validada en España en el año 2003 por García-Esteve et al. (18). Consiste en 10 declaraciones cortas con 4 opciones de respuesta sobre cómo fueron sus sentimientos en la semana anterior. El estudio de validación demostró que las mujeres con resultados obtenidos por encima del umbral del 92,3%, cuentan con mayor probabilidad de padecer depresión. Sin embargo, esta escala requiere de una evaluación clínica para poder confirmar el diagnóstico (19).

- **Bloque 3:**

Contiene la escala PASS, creada en Australia por Somerville et al. en 2014. Pese a tratarse de una de las escalas más utilizadas y a existir una versión traducida al castellano por Cajiao-Nieto et al en 2017, no se han realizado estudios de validación con población española (20,21). Es un instrumento que cuenta con 31 afirmaciones de cómo se sintió en el último mes, las respuestas son de tipo Likert (del 1 al 4). Fue diseñada para detectar la ansiedad en mujeres embarazadas y en periodo de posparto y consigue diferenciar el riesgo de padecer el trastorno. La puntuación se obtiene sumando todos los elementos. Los autores originales calcularon dos puntos de corte para la detección de ansiedad clínica y severa (≥ 19.97 y ≥ 40.76 respectivamente) (21). Además, cuenta con 4 subescalas que pueden indicar el riesgo de padecer diversos tipos de presentación del trastorno. Al igual que la EDPS, necesita de un juicio clínico para confirmar el diagnóstico (22).

En la tabla 2 se clasifican las variables del estudio atendiendo al tipo de dependencia y al tipo de datos que recogen:

Tabla 2. Variables del estudio

	Tipos de datos	Variable	Tipo de variable
Variable dependiente	Síntomas de ansiedad y depresión	-Puntuación obtenida en la escala EPDS -Puntuación obtenida en la escala PASS	Variables cuantitativas discretas
Variable independiente	Vulnerabilidad neurohormonal	-Tipo de parto -Presencia de SPM	Variables cualitativas nominales
	Vulnerabilidad genética	-Antecedentes familiares y personales	Variable cualitativa nominal
	Vulnerabilidad cognitiva	-Antecedentes o presencia de patologías -Rasgos de personalidad -Conocimientos sobre el puerperio -Apoyo social	Variables cualitativas nominales
	Vulnerabilidad psicosocial	-Problemas secundarios al parto -Tipo de lactancia	Variables cualitativas nominales

6.7 Justificación tamaño muestral

La cantidad de mujeres con edad comprendida entre los 18 y 49 años en Galicia es de 34.505 (16). Sabiendo que el número de nacimientos anuales en Galicia en el año 2022 fue de 14.495 y la prevalencia esperada de ansiedad y depresión se sitúa en torno al 15%, asumiendo un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y unas pérdidas esperadas del 15%, el tamaño muestral necesario para llevar a cabo el estudio ha de ser de al menos 617 mujeres puérperas.

6.8 Análisis estadístico

Se llevará a cabo un estudio descriptivo de todas las variables incluidas. Las variables cuantitativas se expresarán como media \pm desviación típica. Por otro lado, las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje, con una estimación de su 95% intervalo de confianza.

Para determinar la diferencia entre medias utilizaremos el estadístico t-Student o el test de Mann Whitney. La elección dependerá de si la variable sigue o no una distribución normal, para comprobarlo, previamente pasaremos un test de Kolgomorov-Smirnov.

Se utilizará el estadístico Ji Cuadrado para determinar la asociación entre variables cualitativas.

6.9 Estrategia de contacto con los participantes y recogida de datos

Para la selección de la muestra necesaria, se realizará un muestreo bietápico. Las unidades de primer nivel, los Centros públicos de Atención Primaria, se elegirán mediante un muestreo aleatorio, sin embargo, se recurrirá a un muestreo oportunista para la selección de las unidades de segundo nivel, los individuos.

En un primer momento, se contactará con los Centros de AP por vía telefónica y se hablará con el personal de enfermería (coordinadora y matronas). En esta llamada se explicará de forma resumida el objetivo del estudio y se concretará una cita para dar más detalles sobre el estudio en caso de existir interés en participar. Asimismo, se facilitará un número de teléfono tanto a las matronas como a las participantes, que podrá ser utilizado en caso de dudas previas o durante el estudio.

En la cita se les aportará información sobre el instrumento a utilizar y su finalidad, las variables que se estudian a partir de los cuestionarios y el modo de distribución y recogida de éstos. También se resolverán dudas y se explicará la importancia y los beneficios de este estudio, como la posibilidad de prevenir la aparición de los síntomas de la ansiedad y depresión a largo y corto plazo y el tratamiento y supervisión de mujeres que presenten estos trastornos.

Para la captación de sujetas, las matronas aprovecharán la cita de revisión posparto para plantearles la participación a las pacientes. Si estas aceptan y cumplen los criterios de inclusión, firmarán el consentimiento informado y serán citadas en 3 momentos: a los 3, 6 y 12 meses tras el parto. En estas 3 citas cubrirán el cuestionario para poder hacer un seguimiento.

Se explicará también la intención de publicar los resultados y conclusiones del estudio. Una vez accedan a contribuir en el estudio, los cuestionarios serán llevados al centro, tras su cumplimentación una enfermera se encargará de su recogida y un estadístico de su posterior análisis. Además, se les ofertará la posibilidad de conocer los resultados de su centro y así poder actuar.

7. Distribución de tareas

Tabla 3. Distribución de tareas

Investigador principal: Carla Barreiro Sánchez	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del estudio • Elaboración del cuestionario • Solicitud de aprobación al comité de ética • Contacto con los Centros de AP, enfermeras y estadístico • Coordinación de tareas • Elaboración de bases de datos • Redacción de informes • Difusión de resultados
Enfermeras del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y recogida de cuestionarios y consentimientos informados en los Centros público de Atención Primaria
Estadístico	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de datos
Personal colaborador sanitario (matronas)	<ul style="list-style-type: none"> • Captación de participantes • Distribución y recogida de los cuestionarios y consentimientos a las participantes

9. Viabilidad y costes

9.1 Infraestructura necesaria

El estudio se coordinará desde la Facultad de Enfermería de la USC (Universidad de Santiago de Compostela), los cuestionarios y consentimientos serán almacenados de forma confidencial y siguiendo la normativa vigente.

En las consultas de las matronas se llevará a cabo la captación de las participantes y la estrategia de los cuestionarios junto con su posterior recogida. El análisis de los datos será en el lugar de trabajo del estadístico contratado.

9.2 Recursos humanos

Como se muestra en la tabla 3, la investigadora principal se encargará de diseñar el estudio, preparar la documentación requerida para solicitar la aprobación del comité de ética y tras la validación por parte de éste, contactará con los Centros públicos de Atención Primaria. Realizará también el encargo y compra del material fungible e inventariable, así como el traslado de los datos a una base de datos y los codificará, elaborará los informes de los datos obtenidos y dirigirá su posterior difusión.

Será necesario contratar a 4 enfermeras (1 para cada provincia). Su función será llevar a cabo el trabajo de campo. Durante los meses de diciembre y enero de 2025 repartirán los cuestionarios y consentimientos a los centros y el mes de junio de 2026 los recogerán. Las matronas se encargarán de favorecer su llegada a las mujeres que se encuentren en fase de puerperio y ofrecerles la participación en el estudio.

Una vez finalizado el proceso de recogida, se contará con un estadístico que analizará los datos durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2026.

9.3 Material inventariable

Se necesitará un ordenador portátil, un teléfono móvil para realizar y recibir llamadas y una memoria USB de 1TB para el almacenaje de datos.

9.4 Material fungible

Dentro del presupuesto una parte irá destinada a las fotocopias de los cuestionarios y consentimientos informados, cajas y celos de embalaje para el transporte y recogida a los centros, material de escritura y agendas para la organización de tareas.

9.5 Otros gastos

Se contará también con gastos telefónicos, el desplazamiento de las enfermeras para la entrega y recogida de los papeles, gastos de asistencia a congresos, la traducción de los artículos formulados a partir de los resultados obtenidos y la publicación en revistas para su difusión internacional.

Tabla 4. Gastos

Recursos humanos	
Estadístico (70 horas)	50€/h= 3.500€
Enfermeras (35h/cada una)	50€/h= 7000€
Investigadora principal (Media jornada)	990€ brutos/mes x 12 meses= 11.880€
Material fungible e inventariable	
7.334 fotocopias	0,03€/copia= 220,32
400 cajas	0,37€/caja= 148€
5 celos para embalar	2,33€/caja= 11,65€
50 bolígrafos	0,38€/boli= 19€
5 agendas	3,90€/agenda= 19,5€
Ordenador portátil	498,99€
Memoria USB de 1TB	51,60€
Teléfono móvil	139€
Otros gastos	
Gastos telefónicos (16 meses)	9,90€/mes=158,4€
Desplazamiento a los centros (600km)	0,20€/km= 120€
Traducción artículo	600€
Desplazamiento a congresos y jornadas	1000€
3 publicaciones en revistas de alto impacto	7,500€
Total de gastos:	32.857,46

9.6 Plan de difusión

Como plan de difusión se plantea la publicación de los resultados obtenidos en revistas científicas y la presentación en diversos congresos y jornadas.

En la tabla 5 se reúne la elección de revistas, en orden de preferencia:

Tabla 5. Plan de difusión en revistas científicas

Revista	Factor de impacto (JCR)	Cuartil
International Journal of Nursing Studies	8,1	Q1
Women and birth	3,8	Q1
Journal of Clinical Nursing	4,423	Q1
Midwifery	1,88	Q1
International Journal of Nursing Studies Advance	4,4	Q1
Nursing research	2,364	Q1
Investigación y Educación en Enfermería	2,0	Q2

Si es posible, se presentarán los resultados en diversos congresos y jornadas como el 11th International Congress of Gynecology and Obstetrics (ICGO), el XXVII Congreso Nacional de Neonatología y Medicina Perinatal, el VII Congreso de Enfermería Neonatal, las XI Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria, el X Congreso Internacional Virtual de Enfermería Familiar y Comunitaria de la ASANEC, el Congreso Europeo de Perinatalidad, Infancia y Familia y la IX Jornada de Salud Mental Perinatal.

9.7 Posible financiación

Para poder sufragar los gastos de la investigación contaremos con identidades y empresas que ofrezcan ayudas a la investigación como la Fundación Mutua Madrileña, que financia proyectos con el objetivo de fomentar la investigación científica en el ámbito sanitario con una cuantía máxima de 300.000€ (23), o las ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi que con la finalidad de respaldar la promoción de la salud, ofrece una dotación de 30.000 € a distintas temáticas como el bienestar emocional (24).

10. Aspectos éticos

Previo a la captación y evaluación de la muestra, el proyecto será enviado al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC) para evaluar si este cumple los criterios establecidos y obtener su aprobación. Asimismo, se obtendrán las autorizaciones de las/los coordinadoras/es de los Centros públicos de AP que deseen participar en el estudio, se cubrirá el informe de compromiso del investigador principal y las matronas cubrirán el informe de investigadores colaboradores (25).

Dado que el estudio plantea un seguimiento de las sujetas, , será necesario identificar los cuestionarios. Las participantes deberán consentir la recogida de sus datos mediante un consentimiento informado específico para este estudio. Serán firmadas dos copias, uno para la participante y otra que será conservada por la investigadora principal (25).

Las personas que conformen el equipo de investigación cumplirán los principios éticos para la investigación médica en seres humanos.

11. Resultados esperados

Debido a la existencia de elevadas cifras de ansiedad y depresión posparto a nivel mundial y nacional, se espera obtener resultados que indiquen una alta prevalencia a nivel autonómico. Se estima también obtener datos que demuestren la presencia de factores asociados que aumenten la vulnerabilidad emocional. Entre ellos la existencia de antecedentes, la falta de apoyo social, la desinformación sobre el puerperio y la presencia de factores estresantes.

12. Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra el uso de una escala no validada en España, la escala PASS. Esto pone sobre la mesa la necesidad de llevar a cabo estudios que comprueben la validez de esta herramienta a nivel nacional.

Por otro lado, el descenso de la natalidad en Galicia puede suponer un inconveniente a la hora de captar a las participantes ya que la muestra puede encontrarse reducida.

Cabe destacar también que, al tratarse de un estudio transversal, no se podrán extraer conclusiones en términos de causalidad. Tan sólo podremos hablar en términos de asociación.

13. Bibliografía

1. Octavio Peralta M. Academia.edu (Internet). Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER); 1996. Aspectos clínicos del puerperio. (Consultado: 8 Ene. 2024). Disponible en: https://www.academia.edu/24753124/Puerperio_octavio
2. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (Internet). España: 2018 (Consultado: 8 Ene. 2024). Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/category/puerperio/>
3. Coo Calcagni S. Mira Olivos A. García Valdés M^a.I. Zamudio Berrocal P. Salud mental en el período perinatal. Andes pediátrica (Internet). Oct. 2021. (Consultado: 11 Ene. 2024): 92(5). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS (Internet). Trastornos de ansiedad. OMS. 27 Sep. 2023. (Consultado: 19 Ene. 2024). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/anxietydisorders#:~:text=Generalidades,otros%20s%C3%ADntomas%20conductuales%20y%20cognitivos>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS (Internet). Depresión. 31 Mar. 2023. (Consultado: 19 Ene. 2024). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
6. Myers S. E Jhons S. Postnatal depresión is associated with detrimental life-long and multi-generatonional impacts on relationship quality. Peerj (Internet). 16 Feb. 2018. (Consultado: 4 Feb. 2024). Disponible en: <https://peerj.com/articles/4305/>
7. Villalba M. Natalben (Internet). España: Italfarmaco. Depresión postparto: 1 de cada 10 mujeres la padece. (Consultado: 1 Feb. 2024). Disponible en: <https://www.natalben.com/despues-del-embarazo/depresion-postparto-una-de-cada-diez-mujeres-la-padece#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%20una%20de%20cada,hasta%20un%20a%C3%B1o%20m%C3%A1s%20tarde>
8. Lonstein JS. Maguire J. Meinschmidt G. et al. Emotion and Mood Adaptations in the Peripartum Female: Complementary Contributions of GABA and Oxytocin Neuroendocrinology. J Neurocrindol (Internet). 2014 (Consultado: 11 Ene. 2024); 26(10): 649-664. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487494/>
9. Miyara L. Depresión posparto: “Los síntomas aparecen dos semanas después del nacimiento del bebé”. La voz de la salud (Internet). 15 Ago. 2023. (Consultado: 10 Ene. 2024). Disponible en: <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/tribu/2023/08/14/depresion-posparto-riesgo-suicidio-sintomas-psicoticos-/00031692015586880330988.htm>

10. Roca A. Torres Giménez A. García Esteve L. Andrés Perpiñá S. Causas y Factores de Riesgo de la Depresión Posparto. Portal Clinic Barcelona (Internet). 7 May. 2019. (Consultado: 1 Feb. 2024). Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/causas>
11. Olza I. Ruiz-Berdún D. Villarrea S. La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. Dilemata (Internet). Sep. 2017. (Consultado: 4 Feb. 2024). (25): 217-255. Disponible en: https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143?_ga=2.145006644.162217904.1716051164-1736870218.1697966871
12. Confederación de Salud Mental España. “Llegaron al punto de quitarme la medicación sin explicarme los riesgos y, al estar vulnerable, me indujeron al aborto”. Consalud Mental (Internet). Madrid: 8 Mar. 2024. (Consultado: 11 May. 2024). Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/campana-dia-mujer-salud-mental-perinatal/>
13. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. #noeresmalamadre si necesitas ayuda en el posparto. Salud Mental Perinatal (Internet). Madrid: 4 May. 2020. (Consultado: 15 Abr. 2024). Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2020/05/04/no-eres-mala-madre-ayuda-posparto/>
14. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. El apoyo entre madres en el posparto mejora el bienestar y ayuda a prevenir trastornos mentales. Salud Mental Perinatal (Internet). Madrid: 25 Feb. 2020. (Consultado: 18 Abr. 2024). Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2020/02/25/el-apoyo-entre-madres-en-el-posparto-mejora-el-bienestar-y-ayuda-a-prevenir-trastornos-mentales/>
15. Longo A. ¿Se conoce realmente lo que implica el posparto? The Objective (Internet). Madrid: 2 Mar. 2022. (Consultado: 23 Abr. 2024). Disponible en: <https://theobjective.com/lifestyle/2022-03-02/se-conoce-realmente-lo-que-implica-el-postparto/>
16. Instituto Galego de Estadística (IGE) (Internet). Galicia. Xunta de Galicia. (Consultado: 12 Mar. 2024). Disponible en: https://www.ige.gal/igebdt/esq.jsp?pagina=002005&ruta=datos-basicos/datos_basicos.jsp&idioma=es
17. Ministerio de sanidad (Internet). España. Gobierno de España. (Consultado: 12 Mar. 2024). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm>

18. Vázquez M^a B. Míguez M^a C. IV Congreso Nacional de Psicología. (Internet). 4. Vitoria-Gasteiz Álava, 2019. Consejo General de la Psicología España. Evaluación Psicológica, prevalencia de depresión en el embarazo: Utilidad de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). (Consultado: 8 Abr. 2024). (46-54). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1K8z0yrSjNtFSwPv6z4CTOm137plm33IL/view>
19. Cox J.L. Holden J.M, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. British Journal of Psychiatry (Internet). Jun 1987. (Consultado: 18 Mar. 2024). 150. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf&ved=2ahUKewic7Iudq7GFAxXYiP0HHbj0CUMQFnoECEwQBq&usq=AOvVaw0S9kkvo3j-5el-p1grWf4V
20. Somerville S. Dedman K. Hagan R. Oyam E. Wettinger M. Byrne S. Coo S. Dohwety D. Page AC. Scribd (Internet). Australia: Gobierno del Oeste de Australia, Departamento de S 2014. La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal: Desarrollo y validación preliminar. (Consultado: 10 Mar. 2024). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/651163910/FICHA-TECNICA>
21. Romero Alarcón I.K. Adaptación y evaluación de propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) en mujeres embarazadas. (Tesis doctoral). Cuernavaca, Morelos. Junio 2019. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/4050>
22. Coo S. Medina F. García M^a.I. Pérez C. Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Perinatal en una muestra de madres en Chile. SEAS (Internet). 2022 (Consultado 15 Mar. 2024). 28(1). (40-46). Disponible en: <https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/2022/anyes2022a4.pdf>
23. Fundación mutua madrileña- Ayudas a proyectos de investigación en salud (Internet). Madrid: Fundación mutua madrileña; 2023 (Consultado: 5 May. 2024). Disponible en: <https://www.irygis.org/es/convocatorias/1286/fundacion-mutua-madrilena-ayudas-a-proyectos-de-investigacion-en-salud-2023>
24. Ayuda a la investigación de Ignacio H. de Larramendi (Internet). Madrid: Fundación MAPFRE; 2019 (Consultado: 5 May. 2024). Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/premios-ayudas/investigacion-ignacio-larramendi/>
25. Axencia galega de coñecemento en saúde (Internet). Galicia. (Consultado: 15 May. 2024). Disponible en: <https://acis.sergas.es/cartafol/Redes-de-Comites-de-Etica-da-Investigacion?idioma=es>

14. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



Este documento tiene como objetivo aportarle información sobre un estudio al que se le invita participar. Somos un grupo de investigación, liderado por la enfermera Carla Barreiro Sánchez, de la Universidad de Santiago de Compostela que realiza un estudio sobre LA PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIDOS EN GALICIA.

Por este motivo, solicitamos su colaboración en calidad de puérpera con mayoría de edad legal. Su participación consistirá en la cumplimentación de 3 cuestionarios a lo largo de su posparto en 3 momentos (3,6,12 meses). Tardará unos 15 minutos en rellenarlos y consistirán en:

- El primero serán preguntas cerradas sobre aspectos sociodemográficos, psicosociales y clínicos.
- El segundo será la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).
- El tercero será la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS).

La participación es completamente voluntaria y no implica molestias adicionales. Puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin explicaciones.

Los datos personales recogidos serán tratados con confidencialidad. Los resultados serán remitidos a publicaciones científicas, pero no se tratará ningún dato que permita identificarle.

Para cualquier duda puede ponerse en contacto con la responsable de la investigación llamando al número: 881929847. Muchas gracias por su colaboración.

La abajo firmante otorga su consentimiento para poder analizar los datos proporcionados en los cuestionarios de esta investigación.

_____, a _____ de _____ de 202__

Nombre y firma de la participante: _____

Nombre y firma de la investigadora: _____

Anexo 2: Modelo del cuestionario ad hoc para las participantes

Estudio sobre la ansiedad y depresión posparto en Galicia

Este cuestionario fue realizado por Carla Barreiro Sánchez, enfermera encargada de la dirección del estudio al que ha aceptado participar.

Que usted cubra correctamente tanto este cuestionario como las escalas de valoración posteriores es muy importante para el estudio.

Como primera parte realizaremos una valoración de su historial clínico. Empezaremos preguntando por datos generales:

1. Nombre y apellidos _____
2. Su edad: _____
3. Fecha de nacimiento del bebé: _____
4. Meses transcurridos de posparto: _____
5. Número de posparto: _____
6. Tipo de parto:
 - a) Parto natural
 - b) Parto medicalizado
 - c) Parto inducido
 - d) Parto instrumentado
 - e) Cesárea
7. Tipo de lactancia:
 - a) Lactancia materna
 - b) Lactancia artificial
8. Tipo de familia:
 - a) Biparental
 - b) Monoparental

Continuaremos indagando sobre la existencia de antecedentes de estos trastornos.

9. ¿Su madre y/o hermana padece o ha padecido de ansiedad y/o depresión posparto?
 - a) Si
 - b) No
10. Anterior al parto, ¿Ha sentido síntomas de ansiedad y/o depresión? (angustia, tristeza, preocupación excesiva, baja autoestima...).
 - a) Si
 - b) No
11. ¿Ha sido diagnosticada con algún tipo de trastorno mental?
 - a) Si
 - b) No
12. ¿Sufre usted del síndrome premenstrual (SPM)?
 - a) Si
 - b) No
13. Con relación a este parto o a anteriores, ¿Ha tenido una mala experiencia?
 - a) Si
 - b) No

Ahora obtendremos detalles sobre experiencias perinatales.

14. Con anterioridad a este parto, ¿Ha sufrido algún aborto espontáneo o terapéutico?
 - a) Si
 - b) No

15. Durante su embarazo, ¿Fue diagnosticada con diabetes de tipo gestacional?
- Si
 - No
16. Durante su embarazo o anterior a este ¿Ha sido diagnosticada con algún trastorno alimentario?
- Si
 - No
17. ¿Diría que tiene conocimientos suficientes sobre lo que significa el puerperio, los cambios que se producen en él, su duración etc.?
- Si
 - No
18. Durante su puerperio, ¿Podría decir que cuenta con el apoyo de sus familiares?
- Si
 - No
19. Si en su caso de contar con una familia biparental, ¿Podría decir que tiene el apoyo de su pareja? (Si es monoparental marque no).
- Si
 - No
20. Durante su puerperio, ¿Podría decir que cuenta con el apoyo del personal sanitario? (Matrona, médico de cabecera, obstetra etc.).
- Si
 - No
21. Durante su puerperio, ¿Podría decir que cuenta con el apoyo de otras madres?
- Si
 - No
22. ¿Diría que su embarazo y/o situación de puerperio afectaron negativamente a su ámbito laboral?
- Si
 - No
23. Además del cuidado de su bebé ¿Está usted al cargo del cuidado de otra persona?
- Si
 - No
24. ¿Durante su puerperio o embarazo ha vivido alguna situación estresante? (muerte de un ser querido, accidente, problemas económicos...)
- Si
 - No
25. Tras su parto, ¿Ha sufrido alguna de estas molestias físicas? (Puede marcar más de una).
- Dolor por cesárea
 - Dolor de espalda
 - Estreñimiento
 - Hemorroides
 - Incontinencia urinaria
 - Incontinencia fecal
 - No, no he sufrido ninguna de las anteriores
26. Durante su lactancia, ¿Ha sufrido alguna de estas molestias físicas? (Puede marcar más de una, si ha optado por lactancia artificial marque la opción f).
- Mastitis
 - Dolor en pezón/ pezones
 - Exceso de leche
 - Insuficiencia de leche
 - Neoplasia
 - No, no he sufrido ninguna de las anteriores

Por último, valoraremos el impacto psicosocial.

27. Tras las modificaciones físicas causadas por el embarazo, ¿Podría decir que se siente a gusto con su cuerpo?
- a) Si
 - b) No
28. Tras su parto, ¿Se ha visto separada de su bebé en algún momento?
- a) Si
 - b) No
29. Sin incluir el tiempo protocolario. ¿Su bebé ha precisado ingreso hospitalario tras su nacimiento?
- a) Si
 - b) No
30. Sin incluir el tiempo protocolario. ¿Ha necesitado usted un ingreso hospitalario tras el parto?
- a) Si
 - b) No

Anexo 3: Escala de Depresión de Posparto de Edinburg (EPDS)

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDINBURGH (EPDS)

Obtenido de: British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

Continuaremos la encuesta con una valoración de la depresión posparto mediante la escala EPDS. Por favor marque la respuesta que más se asemeje a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente hoy.

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

Anexo 4: Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS).



Servicio de Salud de la Mujer y el Recién Nacido



Government of Western Australia
Department of Health

Hospital Memorial Rey Eduardo

El oeste de Australia

Unidad de Atención Clínica de Salud de la Mujer (WHCCU)

Departamento de Medicina Psicológica

ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL (PASS)

Por último, realizaremos una valoración de la ansiedad en el posparto mediante la escala PASS. Durante el **ÚLTIMO MES** ¿Con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente? Marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

	Nada	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé.	0	1	2	3
2. Miedo a que el bebé sufra algún daño.	0	1	2	3
3. Una sensación de temor de que algo malo vaya a pasar.	0	1	2	3
4. Preocuparse por muchas cosas.	0	1	2	3
5. Preocupación por el futuro.	0	1	2	3
6. Sentirse abrumado.	0	1	2	3
7. Miedos realmente fuertes sobre las cosas, por ejemplo: agujas, sangre, parto, dolor etc.	0	1	2	3
8. Ataques repentinos de miedo extremo o incomodidad.	0	1	2	3
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar.	0	1	2	3
10. Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de dormir.	0	1	2	3
11. Tener que hacer las cosas de cierta manera u orden.	0	1	2	3
12. Querer que las cosas sean perfectas.	0	1	2	3
13. Necesidad de tener el control de las cosas.	0	1	2	3
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez.	0	1	2	3
15. Sentirse nervioso o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3
16. Preocupaciones por pensamientos repetidos.	0	1	2	3
17. Estar "en guardia" o necesitar estar atento a las cosas.	0	1	2	3
18. Molesto por recuerdos repetidos, sueños o pesadillas.	0	1	2	3
19. Preocupación por avergonzarme frente a los demás	0	1	2	3
20. Miedo a que los demás me juzguen negativamente.	0	1	2	3
21. Sentirse realmente incómodo en las multitudes.	0	1	2	3
22. Evitar actividades sociales porque podría estar nervioso.	0	1	2	3
23. Evitar cosas que me preocupan.	0	1	2	3
24. Sentirse desapegado como si se estuviera viendo a sí mismo en una película.	0	1	2	3
25. Perder la noción del tiempo y no recordar lo que pasó.	0	1	2	3
26. Dificultad para adaptarse a los cambios de poder hacer las cosas.	0	1	2	3
27. La ansiedad se interpone en el camino de poder hacer las cosas.	0	1	2	3
28. Pensamientos acelerados que dificultan la concentración.	0	1	2	3
29. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
30. Sentir pánico.	0	1	2	3
31. Sentirse agitada.	0	1	2	3