

TRABAJO FIN DE MÁSTER
Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud

**Aproximación cualitativa a los
sentimientos, vivencias y necesidades de
las mujeres puérperas con mayor riesgo
de sufrir una Depresión Posparto**

*Qualitative approach to the feelings, experiences and needs of postpartum
women at increased risk for Postpartum Depression*

Autora: María Antonia Gutiérrez Martínez

Tutora: María Jesús Agudo Tirado

RESUMEN

El puerperio es una etapa de crisis y transición para la mujer, es el momento de la vida con más riesgo de sufrir una depresión y además es la patología del posparto más frecuente, con graves consecuencias para la salud de todos los miembros de la familia. El objetivo general de este proyecto de investigación es, profundizar en el conocimiento de los sentimientos, contextos y necesidades de salud de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una depresión posparto (DPP), respecto a la maternidad y crianza del neonato para mejorar el cuidado de la salud materno-infantil y el apoyo sanitario. El riesgo se valorará mediante la Escala de Depresión de Edimburgo en la semana ocho tras el parto, coincidiendo con el pico de máxima incidencia de la DPP. El marco teórico y los objetivos de este estudio, están diseñados para desarrollar el proyecto bajo una perspectiva cualitativa. Esta investigación utilizará el análisis del contenido a partir de los referentes que desarrolla la Teoría Crítica y los conceptos de la Teoría Fenomenológica. Dicho análisis, se verá enriquecido por las anotaciones sobre los contextos, además del lenguaje verbal y no verbal de las informantes. Como técnica de recogida de datos, se realizarán entrevistas en profundidad a todas las mujeres en riesgo de padecer una DPP, hasta llegar a la saturación de los mismos. Las conclusiones de este estudio arrojarán luz sobre las necesidades de estas mujeres y el conocimiento contextual extraído, permitirá diseñar e implantar en la Comunidad Autónoma de Cantabria, un Programa Específico Grupal para prevenir la depresión posparto, viéndose beneficiadas las mujeres, el recién nacido y su entorno familiar y social.

PALABRAS CLAVE: Depresión postparto, enfermería obstétrica, período de posparto, apoyo social.

SUMMARY

The postpartum period is a time of crisis and transition for women, it is the time of life with increased risk for depression and it is the most common pathology postpartum, with serious consequences for the health of all family members. The overall objective of this research project is to deepen knowledge of the feelings and needs of health in women at risk for postpartum depression (PPD) and thus improve the care of maternal and child health. Risk is assessed by the Edinburgh Depression Scale at week eight after birth, coinciding with the peak of maximum incidence of PPD. The theoretical framework and objectives of this study are designed to develop the project under a qualitative perspective. This research uses the content analysis from the references that develops critical theory and concepts of the phenomenological theory. This analysis will be enriched by the annotations on the context, besides verbal and nonverbal languages reporting. As technical data collection, interviews will be made with all women in-depth risk for DPP, until reaching the saturation thereof. The findings of this study will show the needs of these women and the extracted contextual knowledge will allow the design and implementation in the Autonomous Community of Cantabria a Group specific program to prevent postpartum depression, looking benefited women, newborn and family and social environment.

KEYS WORDS: Depression postpartum, nurse midwives, obstetrical nursing, postpartum period, emotional aspect, breastfeeding, birth.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 PARADIGMA CRÍTICO-SOCIAL.....	13
3.2 TEORÍA FENOMENOLÓGICA.....	16
4. MARCO METODOLÓGICO	18
4.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
4.2 ACTORES PARTICIPANTES Y MUESTRA INTENCIONAL.....	20
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	21
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	21
7. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	22
7.1 PLAN DE TRABAJO.....	22
7.2 CRONOGRAMA	23
8. APLICABILIDAD	24
9. BIBLIOGRAFÍA.....	25
10. ANEXOS	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Por puerperio fisiológico se entiende, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el periodo que comprende desde el final del parto hasta la sexta u octava semana¹. Pero la depresión puerperal va más allá de esta definición, en cuanto a la delimitación en el tiempo, ya que se ha visto que la depresión posparto puede aparecer hasta un año después del parto².

Desde la época Griega, ya se conoce el riesgo aumentado que hay de sufrir una depresión durante el puerperio, fue Hipócrates quien estudió que había cierta asociación entre el proceso perinatal y los trastornos mentales maternos³. El puerperio es una etapa de crisis del desarrollo, dentro del ciclo vital femenino, con gran vulnerabilidad psicológica y emocional. Es un momento de grandes cambios, donde el rol de la mujer se modifica dentro de la estructura familiar y social de forma irreversible y además ha de adaptarse a este gran cambio que supone la maternidad, dentro de un contexto de gran inestabilidad hormonal². La mujer necesita un tiempo de reencontrarse así misma y de buscar su propia identidad. La mayoría de los estudios coinciden en que el puerperio es el periodo de mayor riesgo de depresión de la vida de una mujer⁴ y a su vez es la enfermedad materna más frecuente en el posparto, su prevalencia difiere de unos estudios a otros entre el 12 y el 20%, dependiendo del país y contexto socio-cultural donde se recojan los datos^{1,5}.

Cada vez se está profundizando más sobre la clínica de la depresión posparto. Además de los síntomas depresivos típicos como son la tristeza, la apatía o el llanto; se ha visto que las puérperas con riesgo de sufrir una depresión, presentan una preocupación obsesiva por la salud del bebé y una fatiga extrema^{6,7}. La fatiga extrema es el principal factor predictivo a las dos semanas posparto, un estudio publicado por la Clinical Lactation en 2011, demostró que las mujeres con lactancia materna, tenían un sueño de mayor calidad y en relación a esto disminuía la tasa de depresión posparto⁷.

Además de la depresión posparto, existen otros dos trastornos del estado de ánimo en el puerperio, principalmente son :

- **Melancolía posparto o Maternity Blues:** Es la más común, puede llegar a afectar a un 85% de las mujeres. Se trata de una reacción fisiológica relacionada con los niveles de progesterona pre y posparto y con la brusquedad de los cambios producidos en la mujer. Remite a los diez o doce días después del parto, la mujer experimenta sentimientos como tristeza, llanto, labilidad emocional e insomnio, entre otros⁸. El mayor riesgo de la melancolía posparto, es que el 20% precede a una verdadera depresión sino se resuelve de forma adecuada^{2,7}.
- **Psicosis posparto:** Es la menos común, pero la más grave. Se puede desencadenar precozmente tras el parto y requiere hospitalización inmediata. Se trata de una urgencia psiquiátrica, debido a la enajenación mental materna y al riesgo de infanticidio y/o suicidio^{3,8}.

La depresión en la etapa perinatal suele pasar desapercibida, socialmente esta normalizada como un estado por el que la mujer tiene que pasar; fruto de los cambios tan importantes que supone la maternidad; habiendo una tendencia a la ocultación por parte de las propias mujeres y de sus familiares⁵. Esto hace que no se aborde de forma adecuada esta patología, bien sea en la prevención, apoyo, diagnóstico y/o tratamiento. Una identificación temprana de las mujeres en riesgo de depresión ofrecerá a los profesionales de la salud, la capacidad de poder realizar intervenciones y cuidados adecuados para estas mujeres, como son el crear redes de apoyo entre las propias mujeres a través de grupos posparto y el involucrar a sus familiares de forma participativa^{9,10}.

Hasta un 50% de las depresiones posparto no se diagnostican¹¹, teniendo consecuencias negativas para la madre, el recién nacido y el resto de los componentes de la familia. Además de afectar a corto plazo como más adelante se detalla, hay estudios que van más allá, estudiando consecuencias a largo plazo, como el deterioro de la relación de pareja o el padecer la mujer una depresión crónica¹². Por ejemplo, una investigación publicada recientemente (2014), ha estudiado que los hijos adultos cuyos madres habían estado deprimidas, aumentaba tres veces la tasa de depresión mayor, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias cuando se hacían adultos¹³.

La prevención es la llave para disminuir la incidencia de esta enfermedad. Algunos autores recomiendan comenzar la prevención ya en el embarazo, mediante una prevención primaria a todas las mujeres, valorando aquellas que más riesgo tienen y trabajando con todas sus expectativas y los cambios que supone la maternidad¹⁴. Posteriormente, se recomienda realizar de forma universal un cribado a todas las puérperas en la semana ocho, mediante la Escala de Depresión de Edimburgo, se debe aclarar que la Escala es una herramienta de screening, pero no es diagnóstica de la depresión posparto⁶. Según un estudio realizado en Inglaterra, las mujeres que recibieron apoyo, asesoramiento, comprensión y las explicaciones pertinentes en el periodo posnatal, por parte de las matronas, tuvieron un mayor bienestar psíquico¹⁵.

Como dos puntos claves para la prevención, se ha estudiado la influencia positiva del trabajo previo con las expectativas de las mujeres y crear redes de apoyo^{14,16,17}. Estas redes de apoyo pueden ser mediante el trabajo de un Programa Específico Grupal. Hasta la fecha hay poco investigado desde la perspectiva de lo que la propia mujer con riesgo de sufrir una depresión posparto siente o expresa sobre las necesidades y expectativas acerca de la maternidad y crianza. Estudiando estos aspectos en profundidad, posteriormente se puede crear una red de apoyo mediante un Programa Específico Grupal que cubra sus necesidades¹⁸.

Sin embargo, es muy extensa la bibliografía en relación a los principales factores de riesgo asociados a la depresión posparto. Como principio general, la mayoría de los expertos coinciden en que todas las madres están en riesgo de desarrollar una depresión y no es posible distinguir una única causa que justifique la depresión posparto¹⁹. Entre los principales factores de riesgo, se encuentran los siguientes:

- Alteraciones previas de estado de ánimo: como son el estrés, la baja autoestima previa y antecedentes personales de ansiedad o de depresión. También se ha visto que el perfeccionismo excesivo, especialmente el miedo a cometer errores aumenta por cuatro el riesgo de tener una depresión tras el parto^{4,19}.
- Expectativas y conflicto de roles: Meleis y de Trangenstein (1994) describieron la Teoría de la Transición causada por la llegada de un nuevo miembro a la familia, como un periodo de transición que provoca múltiples cambios dentro de la estructura familiar, incluyendo la redefinición del papel de los padres. Este periodo de tránsito puede ser especialmente difícil para las primíparas, debido a su inexperiencia⁸.

- Factores sociales: principalmente son la maternidad en solitario, el nivel socioeconómico bajo, el desempleo, vivir en el medio urbano, la falta de redes de apoyo o estudios inferiores a los universitarios. Un estudio realizado por la Universidad de California en 2010⁸, encontró un aumento significativo de los síntomas depresivos en mujeres que presentaban bajos ingresos económicos, respecto a las mujeres que tenían altos ingresos. Aumentando las probabilidades de sufrir una depresión puerperal hasta once veces, aquellas mujeres con ingresos económicos inferiores, unido a la maternidad en solitario, estudios no universitarios y desempleo. Otro factor de riesgo importante es la violencia de género, especialmente la violencia psicológica²⁰.
- Complicaciones médicas durante el embarazo, parto o posparto: mal resultado obstétrico, experiencia negativa en el parto, complicaciones obstétricas como la preclampsia o la prematuridad y los ingresos de los recién nacido en la unidad neonatal, entre otros¹¹.

1.2 . JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto (DPP) según DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)²¹, es un trastorno depresivo de inicio en el posparto, de comienzo en las cuatro primeras semanas tras el parto. En la mayoría de los casos remite a los seis o doce meses, aunque en ocasiones puede llegar a cronificarse²².

La forma de manifestarse más habitual, es con un cuadro de tipo melancólico, con multitud de síntomas como pueden ser tristeza, astenia, falta de concentración, alteración del sueño y del apetito, entre otros. Junto a síntomas de tipo ansioso como la angustia, el miedo, fuertes sentimientos de culpa y de incapacidad de cuidar al recién nacido².

La sintomatología depresiva puede confundirse con la melancolía posparto, que es de carácter fisiológico y que aparece sobretodo las dos primeras semanas, manifestándose con tristeza, inestabilidad emocional, insomnio, llanto, fatiga, irritabilidad y ansiedad. Este cuadro se asocia a los cambios hormonales y no requiere una mayor atención que el apoyo de la familia y la visita puerperal de la matrona, siendo autolimitante y desapareciendo hacia el décimo día del parto²³.

Entre los factores de riesgo principales de la depresión posparto se encuentran el haber sufrido ya una depresión previa, cuadros ansiosos o mujeres con personalidad muy perfeccionista, es decir, todas aquellas alteraciones que afectan al estado de ánimo. En una sociedad donde cada vez más mujeres sufren este tipo de problemas, el número de puérperas expuestas a sufrir una depresión es importante. También se han señalado otros factores predisponentes como puede ser tener una relación de pareja deteriorada, un mal resultado obstétrico y/o una deficiente red de apoyo, entre otros^{11,19}.

Tiene una alta prevalencia de un 15-20%^{22,5}, con repercusiones negativas para la madre, el recién nacido y el resto de componentes de la familia⁸. A pesar de esto, en ocasiones esta alteración pasa desapercibida o se le resta importancia, englobándose como una parte más de la adaptación a la maternidad que se autolimita en el tiempo²³.

La mayoría de los estudios encontrados, recogen y demuestran la importancia del tamizado a todas las mujeres en la semana ocho, tras el parto, mediante la Escala de Depresión de Edimburgo, como herramienta para detectar aquellas mujeres puérperas de mayor riesgo. La sensibilidad de esta escala para cribar las puérperas de mayor riesgo de padecer una depresión posparto es alta^{24,25}.

Resulta interesante, además de realizar un tamizado a las mujeres, ofrecerles un programa de sesiones grupales posparto que puedan ayudarlas a mejorar la adaptación a la maternidad, tal y como apuntó una revisión bibliográfica sobre intervenciones psicológicas perinatales, realizada por la Universidad de Chile en el 2012²⁶. En ella, se recogían numerosas medidas psicoterapéuticas y preventivas exitosas para la depresión posparto, mediante intervenciones individuales y grupales en el puerperio. Entre las que se encuentran la potenciación del vínculo y apego seguro, el masaje infantil y la protección de la lactancia materna¹⁸. Trabajar la autoestima, las inseguridades, los miedos y el aumento de comunicación de pareja, también son aspectos que se abordan con este tipo de intervenciones⁴.

Si no se ayuda profesionalmente a las madres durante el puerperio, este trastorno puede generar deterioro del vínculo afectivo madre-hijo repercutiendo con ello en el desarrollo psicosocial y emocional del lactante, abandono precoz de la lactancia materna o deterioro de la relación en la pareja, entre otros¹². Causando con ello, el consiguiente malestar y desasosiego en la mujer y en su entorno. Incluso, hay autores que lo relacionan con depresiones mayores en el siguiente parto y con cuadros depresivos en los próximos cinco años^{11,23}.

Hasta ahora la bibliografía sobre estas intervenciones grupales, destinadas a prevenir la depresión posparto, es escasa. Se citan los grupos de apoyo al posparto como un factor protector de sufrir esta alteración en el puerperio, al igual que se citan otros factores protectores como son la lactancia materna o una red de apoyo familiar²³. Pero no recogen la aplicabilidad de un programa específico, usando todo el conjunto de medidas protectoras de la depresión posparto.

Por tanto, la finalidad de este proyecto es profundizar en el conocimiento de la depresión postparto para poder elaborar, a posteriori, un Programa Específico Grupal, destinado a la prevención de la depresión puerperal. Para ello, serán pertinentes un conjunto de cuidados e intervenciones de carácter preventivo⁴ y que en el transcurso de la investigación, aporten luz a las preguntas de este estudio.

LAS PREGUNTAS QUE GUÍAN ESTA INVESTIGACIÓN SON:

1. ¿Qué sentimientos y necesidades de salud tienen las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP, respecto a su maternidad y crianza del neonato?
2. ¿Qué intervenciones desde el punto de vista sanitario serían pertinentes para prevenir la depresión postparto?
3. ¿Qué estrategias de intervención debería contener el diseño de un Programa Específico Grupal en la prevención de la depresión posparto?

El abordaje de salud para estas mujeres con riesgo de padecer una DDP, debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar donde las matronas, serían los profesionales sanitarios encargados de la instrucción y desarrollo de este programa, ya que son las principales profesionales de salud encargadas de la atención al embarazo, parto y puerperio fisiológico y de la prevención de posibles complicaciones, como puede ser la depresión puerperal²².

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Profundizar en el conocimiento de los sentimientos, contextos y necesidades de salud de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP, respecto a la maternidad y crianza del neonato para mejorar el cuidado de la salud materno-infantil y el apoyo sanitario.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el riesgo de depresión posparto en las mujeres mediante la Escala de Depresión de Edimburgo.
- Comparar el riesgo de sufrir una depresión posparto, entre las mujeres que acuden a los grupos posparto y las que no lo hacen, mediante la realización de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en la semana ocho tras el nacimiento.
- Describir y definir los sentimientos más comunes según expertos, en el riesgo de la DPP.
- Explorar los contextos en los que viven estas mujeres con riesgo de sufrir una DPP respecto a sus necesidades de salud física, emocional, afectiva, económica, social y cultural.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 PARADIGMA CRÍTICO-SOCIAL

El Paradigma Crítico Social junto con la Teoría Fenomenológica, constituyen los bloques teóricos sobre los que se sustenta esta investigación. Esta estructura argumentativa nos permitirá mostrar el foco de interés del problema que pretendemos estudiar.

Ritzer²⁷ (1993) definía Paradigma como, una imagen básica del objeto de una ciencia. El cual, sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, cómo deben preguntarse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica (o subcomunidad) de otra. Subsume, define e interrelaciona los ejemplares, las teorías y los métodos e instrumentos disponibles.

Los paradigmas constan de una estructura, con tres dimensiones fundamentales que se caracterizan por responder a tres preguntas básicas, son conocidas como ontología, epistemología y metodología.

La primera pregunta referente a la ontología es, cuál es la naturaleza cognoscible, es decir, cual es la naturaleza de la realidad. La ontología se refiere al ámbito, de el sujeto activo del conocimiento o ser del conocimiento y el ser del objeto que es conocido o lo que son las cosas, sujeto pasivo.

Referente a la epistemología, lo que se pretende conocer es, cual es la naturaleza de la relación entre quien conoce (el investigador) y lo que es conocido. La epistemología se mueve en el ámbito de la relación entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, la construcción del conocimiento y el estudio crítico de la ciencia del conocimiento.

Por último, referente a la dimensión metodológica, se plantean como debe hacer el/la investigadora para encontrar el conocimiento, es decir, los modos de producción del conocimiento y la ampliación de las vías para producir métodos cualitativos centrados en la búsqueda del sentido²⁸.

Además de estas tres dimensiones, se debe tener en cuenta la ética y la política. La preocupación ética y el interés por los aspectos políticos están presentes en la mayoría de los autores y forman parte del paradigma. La ética es el juicio de apreciación aplicado a la distinción entre el bien y el mal. La concepción del “otro” y su lugar en la producción y en la acción del conocimiento. En cuanto al ámbito político, se corresponde a lo relativo a la vida organizada colectivamente, al espacio público y lo concerniente a los derechos y deberes civiles, junto a las relaciones de poder y su dinámica en ese espacio²⁸.

Tal y como define Ritzer Paradigma²⁷, el hecho de haber elegido para este proyecto el Crítico-Social, se debe a un trabajo previo de estudio y reflexión sobre los diferentes paradigmas existentes, reflexionando sobre cual se aproxima más a nivel ontológico, epistemológico y metodológico para la investigación.

El objetivo que se pretende en un estudio Crítico-Social, es la crítica y transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género. El investigador juega un papel de investigador y facilitador, lo que implica que entienda a priori cuales son las transformaciones necesarias (Guba y Lincon 2002)²⁹.

La pregunta ontológica es ¿cuál es la forma y la naturaleza de la realidad?, es decir, ¿qué es lo que podemos conocer de ella? Esta pregunta, es respondida desde el Paradigma Crítico Social como un “realismo histórico”. Se supone que es comprensible una realidad que anteriormente era plástica pero a la que, a lo largo del tiempo, le han dado forma un cúmulo de factores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género, para después quedar cristalizados en una serie de estructuras que ahora se consideran reales, es decir, naturales e inmutables. En un sentido práctico, las estructuras son reales; conforman una realidad virtual e histórica (Guba y Lincoln 2002)²⁹. Este realismo histórico se contrapone al “realismo ingenuo” del positivismo y al “realismo crítico” del postpositivismo. Por realismo ingenuo se conoce la existencia de una realidad aprehensible, impulsada por leyes y mecanismos naturales inmutables, mientras que por realismo crítico, suponen que la realidad existe, pero sólo para ser imperfectamente comprensible, a causa de mecanismos intelectuales humanos defectuosos y la naturaleza inexplicable de los fenómenos (Guba y Lincoln 2002)²⁹. Por su parte, el constructivismo queda caracterizado, por un “relativismo” derivado de realidades construidas en contextos concretos²⁸.

Las cuestiones de cómo conocemos lo que sabemos y cuál es la naturaleza del conocimiento, hacen referencia a la epistemología. La epistemología en el Paradigma Crítico-Social, cuyo objetivo es la reconstrucción de construcciones previas, es transaccional y subjetivista. Parten de la suposición de que el investigador y el objeto investigado están vinculados interactivamente, y además los valores del investigador influyen en la investigación. El conocimiento consiste en una serie de “insights” estructurales/históricos que se transforman con el paso del tiempo, es decir, los “insights” son como reflexiones interiorizadas repentinas. Las transformaciones ocurren cuando la ignorancia y los conceptos erróneos dan lugar a “insights” más informados mediante una interacción dialéctica. Según la suposición transaccional/subjetiva, en que el conocimiento está mediado por valores y por lo tanto depende de ellos²⁹.

A diferencia de la naturaleza del conocimiento que hemos descrito en el Paradigma Crítico-Social, como un serie de reflexiones interiorizadas repentinas. El positivismo y postpositivismo se sustentan de una hipótesis, verificada en el caso del positivismo. Sin embargo, en el constructivismo, tampoco hay una hipótesis, y el conocimiento se trata mediante un consenso relativo, entre personas competentes y así interpretar la construcción del conocimiento²⁹.

Metodológicamente el paradigma que guía nuestro trabajo, es dialéctico y dialógico. Se necesita un diálogo entre el investigador y el investigado, de naturaleza dialéctica, transformando la ignorancia y los conceptos erróneos en una conciencia más informada, es decir, viendo como se pueden cambiar las estructuras y entendiendo las acciones necesarias para producir un cambio. Con una confrontación de realidades y transformación, cuyo objetivo es la reconstrucción de construcciones previas. Un ejemplo sería la investigación acción-participativa. La metodología constructivista es también dialéctica, pero hermenéutica, es decir, busca los significados y consensos a través de la experiencia vivida. Mientras que la metodología positivista y postpositivista es experimental y manipuladora^{29,30}.

El conocimiento no se acumula en sentido absoluto, sino que va creciendo y transformándose, a través, de el proceso dialéctico de revisión histórica, erosionando la ignorancia y los conceptos erróneos e incrementando los “insights”. Se plantean generalizaciones cuando la combinación de circunstancias y valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género presentan similitudes en los diferentes escenarios²⁹.

El posicionamiento del investigador en el paradigma Crítico-Social, es como de intelectual orgánico(a); “el/la investigador(a) busca el empoderamiento, abogar por los/las participantes y es comprometido(a) con la justicia social”^{27,29}.

Para concluir, lo referente al aspecto ético, se toman totalmente en cuenta los valores y la situación histórica en el proceso de investigación. Así pues, hay una inclinación moral hacia que el investigador sea revelador, en el riguroso sentido de “consentimiento informado” más que engañoso.

3.2 TEORÍA FENOMENOLÓGICA

Este trabajo esta fundamentado en la Teoría Fenomenológica, como a continuación se detalla.

La fenomenología, es definida como la tradición de la investigación cualitativa con fundamentos filosóficos y psicológicos, que se centra en las experiencias de los seres humanos. A finales del siglo XIX, fue introducida, dando respuesta acerca de que el método científico apropiado para el estudio de los fenómenos físicos, resultaba inapropiado para el estudio del pensamiento y de la acción humana.

El objetivo de la Teoría Fenomenológica es describir, interpretar y comprender los significados de experiencias en un nivel único y general a un mismo tiempo, centrándose en la profundidad de una experiencia vivida.

El fenomenólogo pretende entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, examinando el modo en que experimenta el mundo. Lo más importante es lo que las propias personas perciben como tal, evitando la utilización de prejuicios, conocimientos y teorías previas, con el fin de basarse exclusivamente en lo observado^{30,31}.

La fenomenología reivindica los conocimientos desde cualidades generales transferibles de lo que convierte la experiencia en lo que es, es decir, descripción de contextos únicos y comprensión empática.

Cuando el objetivo de la investigación es desarrollar una teoría sobre como los individuos y grupos se relacionan entre si, se aplica la Teoría Fundamentada. En nuestro caso, ha sido elegida la Teoría Fenomenológica debido a que el objetivo de la investigación es describir, interpretar y comprender los sentimientos y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una depresión posparto; indagando en la perspectiva subjetiva de cada mujer en relación a la vivencia de su propia maternidad y crianza.

La forma de obtener los datos en la Fenomenología esta centrado en la profundidad de una experiencia; mediante las entrevistas narrativas. Mientras que los resultados se presentan, en niveles diferenciados dependiendo de la audiencia y el propósito; describiendo la esencia de la experiencia y sus fundamentos; seguida de cómo cada tema va teniendo lugar de manera única y diferente; frecuentemente se usa el modo poético y narrativo para comunicar lo que la experiencia sugiere³⁰.

4. MARCO METODOLÓGICO

La elección del método a desarrollar viene determinado por el tipo de fenómeno de estudio. En nuestro caso, los objetivos y el marco teórico, están diseñados para llevar a cabo una metodología cualitativa³².

Los diseños cualitativos en ciencias de la salud ayudan a comprender y estudiar aspectos complejos como la experiencia subjetiva, y los comportamientos de los pacientes, familia y profesionales (Kuper et al, 2008)³³.

Tal y como citan Taylor & Bogdan (1992), la metodología cualitativa: "...consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico"³³. Además la investigación cualitativa: "...ve que las personas; los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo...estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan...trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas...." es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan. Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas"³⁴.

4.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La forma de obtención de datos más común, en la Fenomenología, es mediante las entrevistas en profundidad, describiéndose cualidades de experiencias vividas³¹.

Taylor y Bogdan (1992) describieron la entrevista en profundidad como *"reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras"*³⁴.

Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

La investigación cualitativa fenomenológica nos permite explorar e indagar sobre las mujeres con riesgo de sufrir una depresión posparto, desde la captura de los aspectos individuales de su propia experiencia humana, de forma holística.

Como instrumento para la recogida de datos, por tanto, se utilizara las entrevistas en profundidad, donde las mujeres puedan expresar libremente sus ideas ante los temas propuestos y la entrevista se desarrolle como si se tratase de una conversación.

Con respecto a las entrevistadas, no se trata de buscar una representatividad estadística, sino una representación social. La cuestión del tamaño muestral, será mediante el método de saturación; hasta llegar al punto a partir del cual la información comience a repetirse^{33,34}.

Para evitar posibles pérdidas de información se diseñará un guión flexible y dinámico, como punto de apoyo, con las preguntas esenciales que dan cuerpo a la investigación (anexo I).

Las entrevistas serán realizadas por el investigador principal, en el centro de salud. Se realizaran a los seis meses del posparto.

Todas las entrevistas se realizarán previo consentimiento informado por parte de las mujeres que colaboren en este estudio (anexo III y IV). La duración de la entrevista será de una hora aproximadamente, mediante grabación de audio digital para poder realizar posteriormente una transcripción literal.

4.2 ACTORES PARTICIPANTES Y MUESTRA INTENCIONAL

La entrevista en profundidad se realizará a aquellas mujeres que en la semana ocho posparto, hayan obtenido una puntuación mayor de diez en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, considerándolas con riesgo de sufrir una depresión puerperal³⁵ (anexo II). El motivo de realizar, en la semana ocho, la Escala de Depresión de Edimburgo, se debe a que coincide con el periodo de máxima incidencia de la depresión posparto y con la disminución de los síntomas atribuibles a un periodo adaptativo normal⁵.

Al tiempo se excluirán del estudio a las mujeres que:

- No se las ha captado desde el inicio del embarazo.
- No acuden al programa completo. No han acudido a la preparación maternal.
- Mujeres con tratamiento ya psiquiátrico por alguna patología previa.

Una vez realizadas las entrevistas, los datos se analizarán en su contexto teniendo siempre en cuenta las notas y observaciones tanto verbales como no verbales observadas y anotadas por el entrevistador en el proceso de la entrevista. A continuación se transcribirán, con el fin de facilitar el ordenamiento, codificación y categorización de los datos. Posteriormente, se contactará con las mujeres participantes para que validen sus propias experiencias reflejadas en las entrevistas.

El método de análisis de datos se realizará mediante el análisis temático, esta es la estrategia de análisis indicada para la metodología fenomenológica, el objetivo de este análisis es identificar la esencia del fenómeno y transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

Se realizará el análisis del contenido de las entrevistas en profundidad. Este tipo de análisis nos permite ir más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos para interpretar, realizando una abstracción de los datos accediendo así al significado de los mismos.

Las entrevistas serán analizadas por su contenido mediante la creación de códigos, subcategorías y categorías. Para el proceso de análisis se utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas ti 5.0. El análisis se desarrollará mediante un proceso inductivo basado en el marco teórico propuesto y la revisión de la literatura.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los estudios con metodología cualitativa producen datos que son de gran valor social por su carácter contextualizado lo que, sin embargo, limita su generalización.

Los resultados serán, entretanto, transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se genere la información.

En este estudio no existirá sesgo de selección debido a que, todas las mujeres con riesgo de DPP según la Escala de Depresión de Edimburgo entrarán a formar parte del estudio.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar la investigación, se solicitará formalmente a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria, al Gerente de Atención Primaria y al Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria la realización de este estudio, mediante Consentimientos Informados (anexo V,VI y VII).

Una vez aceptado el estudio de investigación, se informará a las mujeres que participen en dicha investigación, administrándoles además, una hoja informativa del estudio, sus objetivos y el carácter voluntario de participación. Una vez informadas y de acuerdo con participar en esta investigación, firmarán el documento del Consentimiento Informado (anexo III y IV) proporcionándoles una copia para que obre en su poder. Todas las mujeres serán informadas de que su participación es voluntaria y de que pueden retirarse del estudio en cualquier momento.

Por nuestra parte, les entregaremos firmado el documento de Compromiso de Confidencialidad, garantizando el anonimato. Se reconoce que las entrevistas pueden revelar información íntima de las mujeres, y que el hecho de compartir pensamientos, sentimientos y emociones tan personales, puede ser motivo de estrés. Por tanto la confidencialidad y el anonimato estará garantizado, el análisis de las entrevistas de las mujeres no serán almacenadas bajo etiqueta identificativa alguna y se usarán códigos para sustituir los nombres.

Una vez que los datos hayan sido recogidos, se tendrá la responsabilidad ética de informar de los hallazgos con exactitud. Se asegurará que los datos sean usados adecuadamente y en el mejor de los intereses de la población estudiada.

7. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

7.1 PLAN DE TRABAJO

Este proyecto tendrá una duración de tres años.

1.- Formación, planificación y organización del equipo investigador (dos meses).

Antes del inicio del trabajo de campo la investigadora principal se reunirá con el equipo investigador (matronas), con el fin de elaborar los criterios para detectar a las mujeres con riesgo de DPP en los diferentes centros de Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma de Cantabria. María Antonia Gutierrez será la investigadora principal, ejecutora de todas las entrevistas en profundidad a las madres, responsable del proyecto, y coordinadora del grupo de trabajo.

2.- Trabajo de campo (dieciocho meses) :

Se realizarán entrevistas en profundidad a todas las madres que hayan sido diagnosticadas de riesgo de DPP según la Escala de Depresión de Edimburgo y previa aceptación por su parte de colaborar en este estudio.

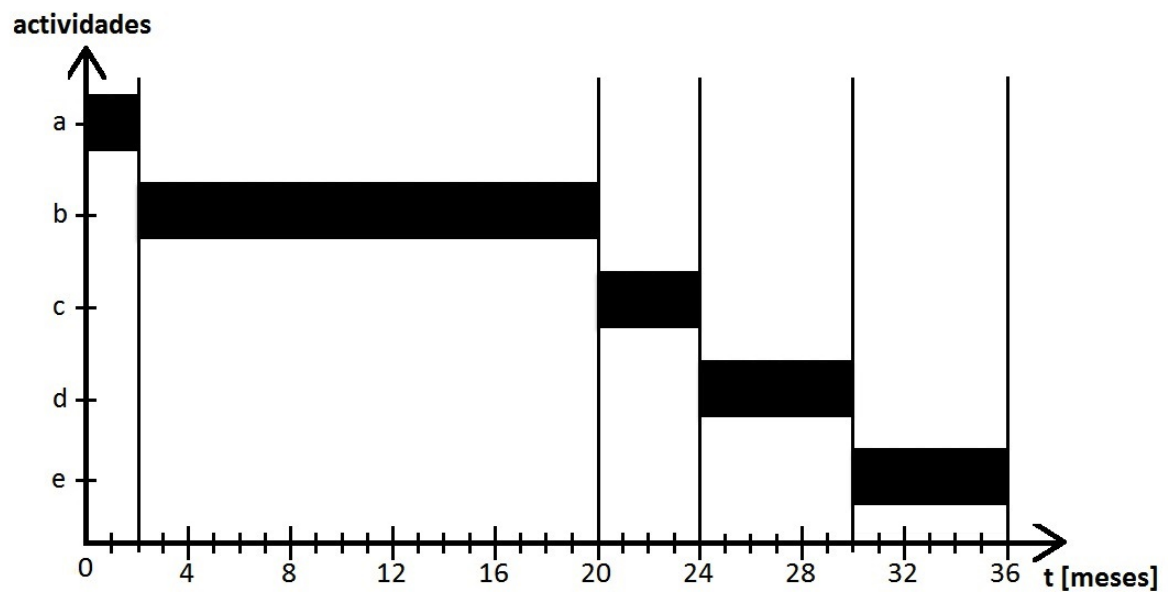
3.- Transcripción de las entrevistas y valoración posterior con el fin de revisar los contextos, lenguajes, contenidos y posibilitar su aclaración (cuatro meses).

4.- Tratamiento de los datos (seis meses): elaboración de categorías y códigos del estudio incluidos en el programa informático Atlas ti 5.0.

Finalmente la elaboración del análisis del contenido y las conclusiones (seis meses).

La divulgación en artículos y comunicaciones a congresos se llevará a cabo por el conjunto de los investigadores que han trabajado en el estudio.

7.2 CRONOGRAMA



a	Formación, planificación y organización del equipo investigador (2meses)
b	Trabajo de campo (18meses)
c	Transcripción de las entrevistas y valoración posterior (4 meses)
d	Tratamiento de los datos (6 meses)
e	Elaboración del análisis de contenido y la conclusiones (6meses)

8. APLICABILIDAD

La mayor aplicabilidad que se desprende de este trabajo es la necesidad de un abordaje sanitario a las mujeres que tienen riesgo de padecer una DPP.

Hasta la fecha, no existe ningún programa específico para prevenir el riesgo de DPP en las mujeres puérperas y ello, influye en la atención profesional ya que en general, se desconocen las necesidades que tienen estas mujeres para enfrentarse de manera saludable a la crianza de sus hijos.

Consideramos que sería muy oportuno un conocimiento profundo de esta alteración con el fin de, diseñar e implantar, un Programa de Salud Específico para Prevenir la Depresión Posparto en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Con dicho Programa, se conseguiría una mejor atención a la salud de todas las mujeres puérperas de nuestra Comunidad así como, en la salud de sus hijos recién nacidos, familia y entorno en general, facilitando la adaptación a la maternidad de una forma satisfactoria, mediante la creación de vínculos materno-filiales saludables y seguros para las poblaciones en riesgo.

El acudir a un grupo posparto, puede hacer también que se creen redes de apoyo entre las propias madres. El sentirse identificadas y apoyadas entre iguales, se ha visto que previene la depresión puerperal.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Arbués J, Herráiz L, Martínez-Lara A, Sanfrutos L. Concepto y límites del puerperio. Mutaciones anatómicas. Clínica y asistencia al puerperio. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. Bajo Arenas JM, Melchor Marco JC, Criado Enciso, et al, editores. Fundamentos Obstétricos (SEGO).1th ed.Madrid: Grupo ENE; 2007. p. 377-383.
2. Bueno Montero E. Alteraciones emocionales en el puerperio. Documentos enfermería. 2013;1(51):10-12.
3. Cheryl Tatano B, Jeanne Driscoll. Pospartum Mood and Anxiety Disorders. Washington: Clinician's Guide; 2006.
4. Espejo C, Hernández T, Godoy C, Gualda M, Pérez C, Póo AM. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev MÉD Chile. 2008;1(136):44-52.
5. Chávez- Courtois M, González- Pacheco I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. 2008;4(1): 101-111.
6. Gemmill AW, Milgrom J. Screenning for perinatal depression. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2014;28(1):13-23.
7. Cong Z, Hale T, Kendall-Tackett K. The Effect of Feeding Method on Sleep Duration, Maternal Well.being, and Pospartum Depression. Clinical Lactation. 2011;2(2):22-26.
8. Gay C, Goyal D, Lee KA. How much does Low Socieconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Pospartum Depressiove Symptoms in First Time Morthers? NIH Public Access. 2010;20(2):96-104.
9. Kendall-Tackett K. Intervention for Mothers Who Have Experienced Childbirth-Related Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. Clinical Lactation. 2014;5(2):56-61.
10. Bowen A, Holtslander L, Olson T. Mother's Milk, Mother's Tears. Breastfeeding With Porpartum Depression. Clinical Lactation. 2014;5(1):9-15.
11. Contreras A, Dois A, Uribe C, Villarroel L. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012;140:719-725.
12. Escobar M, Farkas C, Martínez V, Olhaberry M, Rojas G, San Cristobal P, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Terapia Psicológica. 2013;2(31):249-261.
13. Kendall-Tackett K. It's Not Just Milk- It's Relationship. Clinical Lactation. 2014;5(2):37-40.

14. Barnett B, Eastwood J, Jalaludin B, Kemp L, Phung H, Tobin J. Social exclusion, infant behavior, social isolation, and maternal expectations independently predict maternal depressive symptoms. *Brain and Behavior*. 2012;3(1):14-23.
15. Lavender T, Walkinshaw SA. Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth, issues in perinatal car*. 1998;25(4):215-219.
16. Fried R, Henshaw EJ, Siskind E, Teeters JB, Siskind E. Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: results of a questionnaire survey. *ISPOG Members*. 2014;35(3):69-75.
17. Gavin A, Katon W, Russo J. Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's Health*. 2014;23(9):1-7.
18. Dennis CL, Hodnett ED. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2009;4(1):1-47
19. Denia Ruiz F, García Vega M, Hernández García JM, Isla I, Mingote A, Muñoz Gállico E. El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2012;103(1):65-71.
20. Custodio N, Escobar J, Pacora P, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociado a la violencia basada en género? *An Fac med*. 2009;70(2):115-118.
21. Morrison J. Trastornos del estado de ánimo. *DSM IV : Guía para el diagnóstico clínico*. México: El Manual Moderno; 2008. p. 201-268.
22. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof*. 2006;7(4):5-11.
23. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(4):576-586.
24. Sook J, Youn JH. Predictive Validity of the Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised. *Asian Nursing Research*. Elsevier. 2011;5(1):210-215.
25. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Elsevier*. 2004;78(1):163-169.
26. Bellantuono C, Moltedo- Perfetti A, Nardi B. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(6):434-443.

27. Valles MS. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
28. Montero M. Un Paradigma para la Psicología Social. Reflexiones desde el quehacer en América Latina. La noción del paradigma. En Ibañez T, Montero M. Construcción y crítica de la psicología social. 1th ed. Venezuela: Editorial Anthropos; 1994. p. 27-39
29. Denman C, Haro J, Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos social. Sonora. México: Colegio de Sonora; 2000. p. 113-145.
30. Bogdan R, Taylor SJ. Introducción a los métodos cualitativos. 3th ed. Barcelona: Editorial Paidós; 2000.
31. Lapeña Moñux YR. Estudio Fenomenológico de las Relaciones Interpersonales laborales: La mirada del personal de enfermería de las diferentes unidades del Hospital General Santa Bárbara de Soria [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante. Facultad de enfermería; 2012.
32. Agudo M.J. Factores sociales que influyen en la salud de los niños inmigrantes. Un estudio etnográfico desarrollado en Cantabria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, 2013.
33. Kuper A, Scott R, Levinson W. An introduction to trading and appraising qualitative research. Practice.BMJ. 2008;337(10):404-407.
34. Bogdan R, Taylor SJ. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Paidós, España. 1992:100-132.
35. Álvarez S, Borrajo E, González-González A, Vilouta M. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2006;33(6):208-211.
36. Fernández Parra A, García Calvente MM, Maroto Navarro G. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005;7(2):305-318.
37. Stuebe A. The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. MedReviews. 2009;2(4):222-231.
38. Bennet A, Bennet K, Christensen H, Ellwood D, Griffiths KM, Jones BA. Online cognitive behaviour training for the prevention of postnatal depression in at-risk mothers: a randomized controlled trial protocol. BMC Psychiatry. 2013;13(265):1-8.
39. Deligiannidis MD, Freeman MD. Complementary and Alternative Medicine Therapies for Perinatal Depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;28(1):1-19.
40. Alvarado-Esquível C, Salas-Martínez C, Sifuentes-Alvares A. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scales in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. J Clin Med Res. 2014;6(5):374-387.

41. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam- Figueroa N, Luna-Praetorius M. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011;15(1):1-7.
42. Christensson K, Ryding L, Tham V. Experience os support among mothers with and without post-traumatic stress following emerdency caesarean. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2010;4(1):175-180.
43. Taylor J, Johnson M. How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*. 2010;26(3):367-375.
44. Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. Elseiver. 2011;21(3):163-167.
45. Buist A, Creedy D, Fenwick J, Gamble J, Jarrett V, Ryding E, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2013;13(1):1-9.
46. Dagher RD, Hofferth SL, Lee Y. Maternal Depression, Pregnancy Intention, and Return to Paid Work After Childbirth. *Women's Health Issues*. 2014;24(3):297-303.
47. Brown C, Creedy DK, Emmanuel EN, Winsome J. Maternal role developmente: the impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*. 2009;27(1):265-272.
48. Ahmed S, Ettinger AK, Hock RS, Minkovitz CS, Strobino DM, Surkan PJ. Early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: a longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort. 2012;14(185):1-8.

10. ANEXOS

ANEXO I: GUIÓN DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

- ❖ **EDAD:**
- ❖ **LUGAR DE RESIDENCIA:**
- ❖ **NACIONALIDAD:**
- ❖ **DIRECCIÓN y TELEFONO:**
- ❖ **TIPO DE VIVIENDA Y PERSONAS QUE HABITAN EN ELLA:**
- ❖ **NIVEL DE ESTUDIOS:**
- ❖ **ESTATUS ECONÓMICO:** trabajo de ella/pareja/salario:
- ❖ **HISTORÍA OBSTÉTRICA:** hijo actual deseado/planificado? Número de hijos, cómo transcurrió este embarazo y el parto?
- ❖ **INFLUENCIA DE LA MATERNIDAD** en su vida, cómo están siendo las vivencias de la maternidad y crianza de su hijo.
- ❖ **SENTIMIENTOS y EMOCIONES** que ha experimentado desde la llegada del bebe, hacia si misma, hacia el bebe, hacia su pareja y entorno.
- ❖ **SENTIMIENTOS AMBIVALENTES** que ha tenido durante estos meses.
- ❖ **NECESIDADES:** ¿ afectivas, emocionales, educacionales, económicas ...?
- ❖ **¿QUIÉN PUEDE DARLE ESE APOYO?** su pareja, la familia extensa, amigos, institución laboral, sistema sanitario?
- ❖ **NECESIDADES DE APOYO SANITARIO:** como cree que le podemos ayudar en este proceso.

ANEXO II: ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO³⁵

Usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Se trata de un cuestionario anónimo

En los últimos 7 días:

1. *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*

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

2. *He mirado al futuro con placer:*

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

3. *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*

0. Sí, casi siempre 1. Sí, algunas veces 2. No muy a menudo 3. No, nunca

4. *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*

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

5. *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*

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

6. *Las cosas me agobian:*

0. Sí, casi siempre 1. Sí, a veces 2. No, casi nunca 3. No, nada

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

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

8. *Me he sentido triste y desgraciada:*

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

9. *He estado tan infeliz que he estado llorando:*

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

10. *He pensado en hacerme daño a mí misma:*

0. Sí, bastante a menudo 1. Sí, a menudo 2. Casi nunca 3. No, nunca

Fuente: Álvarez S, Borrajo E, González-González A, Vilouta M. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2006;33(6):208-211.

ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN A LAS MADRES

TÍTULO DEL ESTUDIO: *Aproximación cualitativa a los sentimientos, vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP.*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Antonia Gutiérrez Martínez

Diplomada Universitaria en Enfermería

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona)

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria, así como por el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con su matrona ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La llegada de vuestro bebe supone un antes y un después en vuestras vidas. Habitualmente es uno de los momentos más deseados y felices para las mujeres y sus parejas. Pero, a su vez, supone un período de adaptación y transición, con un cambio del rol familiar y un aprendizaje en la crianza del recién nacido, que también ha de adaptarse progresivamente. Durante el puerperio el riesgo de sufrir una depresión aumenta significativamente, debido a las modificaciones tan bruscas que se producen y a los cambios hormonales. La depresión puerperal provoca malestar y consecuencias negativas tanto para vosotras, como para el resto de los componentes de la familia.

Lo que se pretende con este trabajo es profundizar en el conocimiento de los sentimientos y necesidades de salud en las mujeres con riesgo de sufrir una depresión posparto y así poder mejorar en el cuidado de la salud materno-infantil. Para ello, se realizará una valoración individual del riesgo en la semana ocho posparto, mediante la Escala de Depresión de Edimburgo, que consta de 10 de preguntas muy sencillas de responder. Después las mujeres que tengan más riesgo de tener una depresión posparto, se le realizará a los seis meses del parto una entrevista en profundidad sobre sus sentimientos y necesidades. Las conclusiones de este estudio arrojarán luz sobre las necesidades de estas mujeres y el conocimiento y permitirá diseñar e implantar en la Comunidad Autónoma de Cantabria, un Programa Específico Grupal para prevenir la depresión posparto, viéndose beneficiadas las mujeres, el recién nacido y su entorno familiar y social.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su matrona, que realiza el estudio.

Los datos registrados en este estudio quedarán codificados de forma que Ud. no pueda ser identificado, ni en el supuesto de que los resultados de este estudio sean publicados.

DATOS DE CONTACTO

En caso de cualquier duda o de precisar más información sobre el estudio puedo contactar con:

D./Dña.

Tfno.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: *Aproximación cualitativa a los sentimientos, vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP.*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Antonia Gutiérrez Martínez

D/Dña.:

(Nombre y apellidos del paciente):

Manifiesto que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados.

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

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....

(Nombre del paciente)

Deseo retirar el consentimiento arriba otorgado para mi participación en el estudio

Y para que así conste, lo firmo

Firma:

ANEXO V: CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don/Dña.....
.....Director/a Gerente de la Atención Primaria Santander-Laredo.

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por Doña María Antonia Gutiérrez Martínez, matrona, para que sea realizado en esta Gerencia el Proyecto de Trabajo de Investigación titulado: ***“Aproximación cualitativa a los sentimientos vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP”***

Y autoriza la realización de dicho estudio de investigación cualitativa, siempre y cuando se garantice la protección de los datos personales mediante la anonimización de la base de datos y la legislación vigente y que se respeten los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía sobre las mujeres.

En Santander, a

Fecha:

ANEXO VI: CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Dña.....
.....Directora de Enfermería de la Atención Primaria Santander-Laredo.

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por Doña María Antonia Gutiérrez Martínez, matrona, para que sea realizado en esta Gerencia el Proyecto de Trabajo de Investigación titulado: *“Aproximación cualitativa a los sentimientos vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP.*

Y autoriza la realización de dicho estudio de investigación cualitativa, siempre y cuando se garantice la protección de los datos personales mediante la anonimización de la base de datos y la legislación vigente y que se respeten los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía sobre las mujeres.

En Santander a

Fecha:

ANEXO VII: HOJA DE CONSENTIMIENTO AL CÓMITE ÉTICO DE INVESTIGACIÓN.

Fundación Marqués de Valdecilla (IFIMAV).

Don/Doña.....

.....Secretario/a del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA.**

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal del estudio: ***Aproximación cualitativa a los sentimientos, vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una DPP***”.

Proyecto de Investigación

Y considera que:

-Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

-Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

-La capacidad del investigados y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio

Este CEIC, resuelve AUTORIZAR que dicho estudio sea realizado en los Centros de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, actuando como investigador principal María Antonia Gutiérrez Martínez.

Firma en Santander a

Fecha:

