Tratamiento psicoeducativo como intervención para la prevención del desarrollo de depresión posparto en mujeres con muy alto riesgo: ensayo clínico

Hospital Universitario Araba-Sede Santiago

Unidad de Psiquiatría

Vitoria-Gasteiz

Alumna: Amaia Ugarte Ugarte

Tutoras: Sara Barbeito y Rosa Ayesa

Osakidetza
Servicio vasco de salud

Vitoria a 11 de Septiembre del 2015,

Sara Barbeito Resa como tutora académica del Trabajo de Fin de Máster realizado por la alumna Amaia ugarte Ugarte,

CERTIFICA QUE:

La alumna ha realizado el trabajo de investigación titulado "**Tratamiento psicoeducativo como intervención para la prevención del desarrollo de depresión posparto en mujeres con muy alto riesgo: ensayo clínico/ Psycoeducational intervention as treatment and prevention of postpartum depression development in women with very high risk: clinical trial**" bajo mi dirección participando activamente tanto en la realización de las evaluaciones como en la impartición de las sesiones, asi como en la interpretación y discusión de los resultados.

Por todo ello doy el visto bueno para su presentación,

Sara Barbeito

Fdo: Sara Barbeito Resa

Hospital Universitario Araba

Arabako Unibertsitate Ospitalea

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutora Sara Barbeito. Gracias por la orientación y ayuda prestada a lo largo de la elaboración de este trabajo y gracias por la seguridad siempre depositada en mi. También doy las gracias al equipo de investigación de Ana González-Pinto por sus buenos consejos y el empujón dado en los momentos en los que no sabía por donde seguir.

Gracias a Ander por confiar siempre en mí y recordarme cada día que lo conseguiría. Gracias por confiar en mí en los momentos en los que yo no lo hacía.

Gracias a mis sobrinos, que aunque ellos lo hagan sin saber, despiertan en mi la ilusión por las cosas cotidianas de la vida, Kattalin y Telmo, la luna y el sol de mi vida.

Por último, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a los que han hecho posible que haya llegado hasta aquí, apoyándome siempre en mis decisiones, respetando mi camino: mis padres, Javier y Begoña,

Eskerrikasko bihotzez.

ÍNDICE

1. Resumen: 5

2. Palabras clave:.....5

3. Introducción:.....6

4. Hipótesis y objetivos: 17

5. Material y método: 18

6. Resultados: 28

7. Discusión: 35

8. Conclusión: 38

9. Bibliografía: 40

10. Anexos: 50

1.RESUMEN

Introducción: La depresión posparto es una enfermedad con una prevalencia de un 15% (Leahy-Warren, 2011) que no tiene consecuencias deletéreas solamente en la madre sino también en el bebé, pudiendo provocar retraso en el desarrollo físico, social y cognitivo del mismo. Por ello la Unión Europea considera de vital importancia la prevención de una patología tan importante desde los centros de atención a la mujer con un enfoque multidisciplinar. **Objetivo**: determinar si la psicoeducación con orientación a resolución de problemas resulta efectiva para prevenir el desarrollo de depresión posparto en mujeres con muy alto riesgo. **Metodología**: screening de 572 mujeres en el tercer trimestre de embarazo de las que 290 contaban con al menos un factor de riesgo de depresión posparto. De ellas continuaron las mujeres que en el posparto inmediato tuvieron síntomas depresivos subsindrómicos (n=57). Estas mujeres se aleatorizaron a dos grupos: tratamiento con psicoterapia orientada a la resolución de problemas (6 sesiones: 1 sesión individual + 5 sesiones grupales) o al grupo control de tratamiento habitual (control puerperal habitual). Tras el tratamiento las mujeres fueron evaluadas. **Resultados**: No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y experimental en cuanto a la efectividad del tratamiento psicoeducativo (χ^2= 3.94, p= 0.139), pero sí hay diferencias significativas entre el PRE y POST-tratamiento del grupo experimental (t=6.37, p<0.001). **Conclusiones**: el tratamiento psicoeducativo mejora el estado de ánimo de las mujeres con riesgo de depresión posparto.

2.PALABRAS CLAVE: Depresión posparto, periparto, prevención, psicoeducación, actividad física.

3.INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la depresión mayor es un objetivo de la Unión Europea y en los últimos años la Organización Mundial de la salud (OMS) ha identificado la salud mental materna como fundamental en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (WHO et al., 2013). En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría modifico la denominación de esta condición a la depresión periparto (DPP) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V). Esto implica que el desarrollo de un episodio de depresión mayor puede tener su inicio durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después de dar a luz (APA., 2013) y, como en otros episodios depresivos mayores, los síntomas depresivos deben estar presentes durante al menos 2 semanas. Se trata de un tema que ha suscitado un incipiente interés por parte de los clínicos como de las pacientes afectadas, tanto en su detección precoz (Pearson et al., 2013; Figueiredo et al., 2014; Hoertel et al., 2014) como en su prevención (Babb et al., 2014).

3.1 Trastornos depresivos en el Periparto

La Depresión Periparto (DPP) es un problema de salud prevalente que afecta aproximadamente al 15% de las mujeres (Navarro et al., 2007; Albacar et al., 2011), y que tiene importantes repercusiones en el desarrollo del niño (Perry et al., 2011). Sin embargo en la actualidad todavía muchos casos no se detectan (MacArthur et al., 2010), debido entre otras razones a que no existe un acuerdo internacional de cribado para la detección precoz. Debemos comentar que cuando la mujer es diagnosticada de depresión en el embarazo tiene una mayor probabilidad de ser atendida en el posparto inmediato consiguiendo así evitar problemas de salud mental en ese periodo

tan crítico de la vida. Sin embargo son frecuentes los casos en los que la mujer no ha estado deprimida durante el embarazo o en la que los síntomas han sido muy leves, y que sin embargo desarrolla una depresión en el posparto inmediato.

3.2 Diagnóstico diferencial

Es importante distinguir entre los diferentes trastornos del estado de animoánimo que se puedan dar en esta etapa de la vida de la mujer. La depresión gestacional y DPP son los trastornos psicopatológicos más comúnescomunes durante el embarazo; en cuanto al puerperio son más frecuentes los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Existen diferentes formas de depresión, desde episodios de tristeza breves y temporales, hasta formas más graves y persistentes. En cuanto a la depresión gestacional señalar que la sufre un 14-23% de la mujeres embarazadas (Gaynes et al., 2005), de las cuales entre un 3% y 5% pueden empeorar después de dar a luz a no ser que reciban ningún tipo de tratamiento (MacArthur et al., 2005). En las mujeres con antecedentes de depresión mayor, el riesgo de recaída durante el embarazo es alta, especialmente en aquellas que el tratamiento farmacológico ha cesado (Bonari et al., 2010).

La disforia posparto ocurre en aproximadamente entre el 26-85% de los nacimientos (Complojer et al., 2009). Es un trastorno transitorio leve y que condiciones normales remite de forma natural y por lo general no requiere tratamiento. Aparece en las primeras horas después del parto y puede durar un par de semanas, pero si dura más de 2 semanas, y si hay una historia de episodios depresivos recurrentes, se requiere una evaluación más exhaustiva para descartar el desarrollo de un trastorno del humor más severo.

3.3 Síntomas y prevalencia de la Depresión Periparto

Cada año la DPP ocurre en entre el 15 y el 20% de todas las mujeres en edad fértil, lo que resulta en aproximadamente 600.000-800.000 casos anuales, y es una de las complicaciones posparto más comunes (Gavin et al., 2005). Sin embargo, la prevalencia es altamente variable; algunos estudios encontraron tasas de 0 a casi el 60% (Halbreich et al., 2006) y las tasas varían entre los países y dentro de ellos (Affonso et al., 2000).

En la práctica clínica se considera que la sintomatología puede aparecer desde el embarazo hasta los 3-6 meses después del parto (Wisner et al., 2002), aunque es más común en el período posparto. La sintomatología clínica de la DPP se caracteriza por la tristeza, anhedonia, llanto, fatiga y ansiedad. También se dan, trastornos alimenticios y del sueño, pérdida de energía, y sentimientos de culpa que pueden aparecer asociados con el cuidado y educación del niño. Estos síntomas también se observan en el período periparto normal, lo que hace más difícil el diagnóstico. Por lo tanto, se recomienda explorar los síntomas más específicos como deterioro de la concentración, pensamientos de muerte o la auto o hetero-agresividad hacia el recién nacido, y es necesaria la intervención médica, psicológica y farmacológica de manera que no afecte la capacidad de la madre para cuidar a su hijo.

A pesar de que las mujeres tienen la misma prevalencia de trastornos psiquiátricos que los hombres en la mayoría de los países, existen diferencias en el diagnóstico psiquiátrico efectuado por sexo. Los estudios epidemiológicos muestran tasas de trastornos depresivos y de ansiedad el doble de altos en mujeres en comparación con los hombres. La biología explica algunas diferencias en el diagnóstico,

pero las enfermedades mentales también se ven influidas por factores psicosociales. Las tasas de trastornos depresivos aumentan en las mujeres durante la maternidad. Más aún, durante el período del posparto el riesgo de padecerlos es particularmente elevada teniendo en cuenta que la madre sufre cambios importantes y estresantes tanto en su físico como en su entorno (Burt et al., 2002).

3.4 Etiología y Factores de Riesgo

Los factores biológicos, sociales y psicológicos pueden contribuir al desarrollo de DPP. Durante el embarazo y después del parto, las mujeres experimentan cambios hormonales, que están dirigidos a preparar el organismo para ambos, el parto y el periodo de lactancia. Estos cambios afectan a las hormonas y a los neurotransmisores. A pesar del hecho de que estos sean necesarios para garantizar la salud de las mujeres durante este periodo, en ocasiones estas alteraciones provocan el deterioro de la salud mental de las mujeres después del parto.

La concentración en plasma de hormonas tales como estrógenos, progesterona, testosterona y el cortisol aumenta la hormona liberadora de corticotropina durante las 40 semanas de embarazo, disminuyendo drásticamente durante el parto (Dorr et al., 1989; Stalla et al., 1989). Varios trabajos de investigación indican que los cambios hormonales pueden causar depresión en un subgrupo de mujeres vulnerables. Sin embargo, el origen de esta sensibilidad todavía no se ha aclarado (Bloch et al., 2003).

Alkistis Skalkidu y su equipo (Skalkidou et al., 2012) describen los cambios biológicos asociados con el desarrollo de la depresión posparto, incluyendo factores como esteroides gonadales, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), el sistema de

transmisión neuro serotoninérgico, el sistema de la tiroides, los marcadores de inflamación y factores de riesgo genético.

En la última década se investigan otros factores en la etiopatogenia de la DPP, dado que parece que la activación del sistema de respuesta inflamatoria puede estar implicado en la pato-fisiología de DPP (Corwin et al., 2008). Esta hipótesis afirma que los factores estresantes externos, como factores psicosociales y factores estresantes internos, como las condiciones orgánicas inflamatorias que se producen durante el período posparto pueden desencadenar la depresión a través de los procesos inflamatorios (Maes et al., 2009; Raison et al., 2006).

También la oxitocina se ha relacionado con el parto y el período de lactancia (Pter-Levy et al., 2013), lo que sugiere que tiene un efecto positivo sobre el estado de ánimo (Viero et al., 2010). El papel de la oxitocina en los procesos de apego madre-hijo y socio-cognitivas se ha puesto de relieve (Feldman et al., 2012). Estos estudios están dirigidos a la búsqueda de biomarcadores, que, asociadas con el comportamiento de las madres afectadas por la depresión, podría condicionar el desarrollo del niño.

Otro de los factores que en la última década se esta estudiando es la actividad física. La falta de ella puede ser un factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas como la depresión. El tener una vida activa se ha relacionado con el bienestar psicológico, (Warburton et al., 2006; Winkel et al., 2015).

Es importante tener en cuenta este factor de riesgo ya que en recientes estudios se ha comprobado que el patrón de la actividad física en las embarazadas cambia, reduciendo sustancialmente el ejercicio que las mujeres hacían habitualmente (Padmapriya et al., 2015; Kim et al., 2015).

3.5 Factores de riesgo

Todas las mujeres son propensas a desarrollar depresión después del parto; sin embargo, las mujeres que tienen ciertos factores de riesgo se encuentran con una probabilidad significativamente mayor de desarrollarla enfermedad. A continuación señalaremos los principales factores de riesgo que se ha encontrado en la literatura científica.

Entre ellos podemos señalar factores tanto biológicos como psicosociales, entre los que caben destacar los antecedentes personales o familiares de depresión y de depresión posparto (Beck et al., 2001; Josefsson et al., 2002) y haber experimentado estado de ánimo depresivo o ansiedad durante el embarazo (Neter et al., 1995). Así se han hallado tasas de más de un 70% de depresión en mujeres con sintomatología depresiva previa (Di Florio et al., 2013). Otros factores de riesgo descritos son: la vulnerabilidad personal de la mujer (Gelabert et al., 2011), el temperamento del bebé (Bobes et al., 2011), el escaso apoyo familiar y social en el momento del posparto (Brugha et al., 1998; Garcia-Esteve et al., 2008), problemas maritales durante el embarazo (O´Hara et al., 1996; Beck et al., 2001) o las experiencias traumáticas en embarazos previos (Blackmore et al., 2011). Por otro lado varios trabajos de investigación indican que los cambios hormonales que las mujeres experimentan durante el embarazo y después del parto, necesarios para garantizar su salud durante este período y dirigidos a preparar el organismo tanto para el parto como para la lactancia, pueden causar depresión en un subgrupo de mujeres vulnerables (Schiller et al., 2015; Lonstein et al., 2014).

Cabe pues destacar la importancia de informar acerca de estos factores de riesgo a los profesionales de la salud, sobre todo a aquellos que tienen contacto con las madres durante el embarazo y prestar especial atención a las mujeres de los grupos más vulnerables ya que cuentan con un riesgo mayor de poder desarrollar la enfermedad.

3.6 Consecuencias de la Depresión Periparto

La depresión periparto no sólo tiene consecuencias perjudiciales para la madre, sino también para el bebé. Por lo tanto, es muy importante establecer en los centros de atención a la mujer un enfoque multidisciplinar para prevenir esta enfermedad desde una perspectiva global.

3.6.1 Consecuencias sobre la madre

La depresión después del parto afecta a los sentimientos de la mujer sobre sí misma y sus relaciones interpersonales. La depresión de la madre aqueja notablemente a la relación madre-bebé, la relación de pareja, y las relaciones con los hijos mayores y la familia en general. Es importante tener en cuenta que las mujeres con depresión periparto están en un mayor riesgo de futuros episodios depresivos. En el período posparto, la madre tiene que hacer frente a la depresión en un momento en que hay una expectativa social en la que la madre debe estar alegre por una experiencia supuestamente altamente gratificante (Hall et al., 2006; Petch et al., 2008). Por lo tanto, no hay que olvidar que las expectativas sociales sobre madres puede aumentar la reticencia de las mujeres a revelar los sentimientos negativos.

3.6.2 Consecuencias sobre el bebé

Hay muchos factores que contribuyen al desarrollo saludable del niño , pero el desarrollo también puede ser interrumpido por muchos factores. Las primeras relaciones son centrales para promover el desarrollo social y emocional de un niño sano (Thompson et al., 1998), en este sentido se ha visto que en diferentes culturas y niveles socioeconómicos hay una distancia en la interacción de madres deprimidas y sus bebés, mostrando las madres una menor sensibilidad y un menor sentimiento de responsabilidad hacia los lactantes (Field et al., 2010). Se ha encontrado que la presencia de depresión materna tiene un impacto en el desarrollo cognitivo de los niños (Hughes et al., 2013) incluyendo el desarrollo del lenguaje (Barker et al., 2011), la inteligencia (Grace et al., 2003; Hay et al., 2003) así como la capacidad de los niños para regular sus propias emociones y comportamientos (Rouse et al., 2014; Feldman et al., 2009). Es obvio pensar que la capacidad de la madre para regular el estado de ánimo del bebé juega un papel importante para ayudar a los niños a desarrollar estrategias para manejar sus sentimientos y emociones (Hay et al., 1997; Tronick et al., 2009). Algunos estudios demostraron que las madres con depresión posparto demostraban conductas más negativas hacia sus bebés y que sus bebés eran menos positivos que los de las madres no deprimidas (Hay et al., 1997; Murray et al., 1997). En otros estudios se pudo ver como las madres deprimidas interaccionan menos con sus bebes que las madres sin este trastorno, respondiendo menos a las acciones del niño (Cox et al., 1987; Hay et al., 2001).

3.7 Tratamiento

El tratamiento farmacológico es un tratamiento viable pero del que, todavía existe una relativa escasez de información acerca de su seguridad, por ejemplo del uso de antidepresivos durante la lactancia. Por ello numerosas mujeres se decantan por la elección de un tratamiento no farmacológico para evitar la exposición del bebé a la medicación psicotrópica. Por otro lado, la terapia psicológica de la depresión ha mostrado ser eficaz en pacientes deprimidos de todas las edades y con todos los niveles de gravedad, incluyendo la de la depresión posparto (Cuijpers et al., 2011).

El grupo europeo contra la depresión, uno de cuyos componentes es el Dr. Victor Pérez del Hospital Sant Creu i Sant Pau de Barcelona diseño un ensayo clínico (DEPRES) randomizado para el tratamiento de la depresión, siendo una de las ramas de tratamiento 6 sesiones de terapia psicológica (resolución de problemas) que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la depresión (Dowrick et al., 2000). El tratamiento de este tipo de depresión no sólo es imprescindible para la salud de la madre, ya que se ha visto un aumento en el riesgo de suicidio entre las mujeres afectadas por este trastorno sino también para la crianza del bebe, ya que puede perjudicar la capacidad de educación y de cuidados que la madre proporciona al bebé, con los consecuentes efectos negativos sobre el desarrollo del niño (Miller et al., 2011). La detección y tratamiento precoz y preventivo de estas mujeres que presentan algún factor de riesgo de depresión posparto, evitará estas consecuencias. Brugha y su equipo en el 2011 (Brugha et al., 2011), encontraron que el tratamiento psicoeducativo preventivo tiene un efecto duradero y eficaz y que las protege del desarrollo de la misma. Sin embargo, diferentes autores comentan que un numero

escaso de mujeres con muy alto riesgo de depresión tienen acceso a este tipo de tratamientos que han demostrado eficacia (Goodman et al., 2011).

El grupo europeo para la prevención de la depresión posparto (DataPrev, http://www.dataprevproject.net/Parenting_and_Early_Years/perinatal_depression) ha demostrado en un reciente meta-análisis que para realizar prevención de la DPP se debe de seleccionar a mujeres que presenten un riesgo muy alto. Entre estas se encuentran aquellas pacientes con síntomas subsindrómicos, que sin llegar a cumplir criterios diagnósticos DSM-IV TR para la depresión, debido al umbral de los síntomas o a la duración, sí tienen síntomas depresivos que interfieren con sus actividades de la vida diaria. El motivo de seleccionar a estas pacientes es que las intervenciones sobre todas las mujeres serían muy costosas (ya que se intervendría sobre un 90% que no desarrollarán depresión mayor). La selección de pacientes con factores de riesgo (ARDP-mujeres de alto riesgo de Depresión Periparto) mejoraría la efectividad del tratamiento preventivo (de ellas aproximadamente un 30-40% desarrollarán una depresión mayor). No obstante la selección de las pacientes con síntomas depresivos subsindrómicos mejoraría notablemente la efectividad del tratamiento ya que el 100% de las pacientes tendrían síntomas depresivos durante la terapia, aunque de un umbral insuficiente para el diagnóstico de una depresión mayor (MARDP-mujeres de muy alto riesgo de Depresión Periparto).

3.8 Nuestro estudio

El tratamiento psicológico tiene la ventaja de no interferir con la lactancia, y puede hacerse en formato individual o grupal. La aplicación del tratamiento en formato grupal puede reducir costes y permitir que este tipo de terapia llegue a más

mujeres, reduciendo también el tiempo empleado para realizarlo, reduciendo así el balance coste-beneficio. Además su eficacia se incrementa por las compañeras de grupo que normalizan las experiencias y sensaciones, ya que están viviendo una situación similar (Pearlstein et al., 2014). Goodman y su equipo, recientemente (Goodman et al., 2011) realizaron un meta-análisis en el que revisan la literatura existente sobre los grupos de tratamiento para depresión posparto y concluyen que este tipo de terapia es eficaz.

Además del tratamiento psicológico, la falta de actividad física también ha demostrado su relación con el estado de animo de la mujer, de manera que la falta de actividad física se asocia con un aumento de los síntomas depresivos de las mujeres no embarazadas (Tendais et al., 2011; Padmapriya et al., 2015). Estos estudios sugieren la existencia de cambios en los patrones de actividad física durante el embarazo, independientemente de la condición física previa de la embarazada. La relación entre la actividad física y depresión es compleja y en la actualidad la actividad física se está utilizando como coadyuvante al tratamiento antidepresivo en la mujeres con DPP (Ersek et al., 2009). Por ello medir la actividad física en el posparto puede ayudar a dilucidar si esta variable se asocia con la mejoría del tratamiento.

Basándonos en esta información y en la necesidad de disminuir la morbilidad en la mujeres tras el parto, nos planteamos realizar un estudio de intervención multidisciplinar en el que las matronas y ginecólogos desempeñan un rol fundamental para mejorar la salud de la madre, y por lo tanto, también la del niño.

4.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

4.1 Hipótesis del trabajo:

- La psicoterapia (psicoeducación con orientación de resolución de problemas) durante el puerperio en mujeres de muy alto riesgo de desarrollo de depresión posparto, prevendrá el desarrollo de depresión posparto.

4.2 Objetivo principal

- Determinar si la psicoeducación con orientación de resolución de problemas resulta efectiva para prevenir el desarrollo de depresión posparto en mujeres embarazadas que presenten factores de riesgo, frente a un grupo control de mujeres que recibirán el seguimiento habitual tras el parto (seguimiento habitual en su CAM).

4.3 Objetivos secundarios

- Evaluar la presencia de factores de riesgo para depresión posparto en mujeres embarazadas.
- Evaluar la variación en el estado de ánimo de la mujer antes y después de la psicoterapia.
- Evaluar la influencia de la actividad física en el estado de ánimo de las mujeres durante el posparto.

5.MATERIAL Y MÉTODO:

5.1 Diseño

5.1.1 Tipo de estudio: Se trata de un estudio realizado en dos fases; un primer estudio observacional analítico transversal y un segundo estudio experimental (o de intervención) aleatorizado.

5.1.2 Población de referencia: Mujeres durante el tercer trimestre del embarazo de Vitoria y San Sebastián.

5.1.3 Población de estudio: Se reclutaron a todas las mujeres embarazadas en su tercer trimestre que aceptaron participar en el estudio y quedaron definidas por los criterios de inclusión y exclusión. Las mujeres que participaron eran de Vitoria y San Sebastián. Se estudió el riesgo de DPP en mujeres durante el tercer trimestre del embarazo y se seleccionaron aquellas que presentaron un alto riesgo de desarrollo de depresión posparto (ARDP). Tras el parto se seleccionaron a aquellas con síntomas depresivos que no llegaban a tener un diagnóstico de Depresión Mayor (DSM-IV-TR) y fueron asignadas a una de las dos ramas de tratamiento: atención habitual vs. Atención protocolizada (atención habitual + psicoeducación). La aleatorización se realizó mediante un programa informático "Random Allocation Software versión 1.0.0", y el evaluador permaneció ciego a la rama de tratamiento recibida por las mujeres.

5.2 Reclutamiento

En el estudio participaron los 5 centros de Atención a la Mujer (CAM) de Vitoria, los Servicios de Salud Mental Extrahospitalarios y de atención a la mujer de Gipuzkoa y fue coordinado por el equipo de investigación de Psiquiatría del Hospital

Universitario de Araba-Sede Santiago (HUA), perteneciente al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

El estudio se enmarca en la primera línea prioritaria del Anexo I, "Sistema nervioso, enfermedades neurológicas y mentales". Se trata además de un proyecto para incidir proactivamente sobre los determinantes de salud, factores de riesgo y estilos de vida saludables, y permite el desarrollo de nuevos roles profesionales (matronas), la conexión de los profesionales de la salud y la mejora de la organización e implantación de los resultados de la investigación y la innovación.

Las mujeres con muy alto riesgo (MARDP) son aquellas que teniendo al menos un factor de riesgo para DPP presentan síntomas depresivos en los primeros días tras el parto. Excluimos aquellas mujeres con Depresión Mayor (DSMIV-TR) ya que este diagnóstico implica presentar síntomas depresivos al final del embarazo (14 días o más), o una alta intensidad de los síntomas que podría justificar su hospitalización por riesgo suicida, síntomas psicóticos o severidad extrema.

5.2.1 Sujetos de estudio: Se evaluaron inicialmente a 572 mujeres durante el tercer trimestre del embarazo, para ello utilizamos un protocolo de screening para determinar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de la DPP. Se seleccionaron a aquellas mujeres que presentaban uno o más factores de riesgo (FR), 290 mujeres en concreto. A estas mujeres, se les evaluó entre los días 8-13 tras el parto, de las cuales 57 presentaron puntuación ≥7,5 en el Cuestionario de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)(Garcia–Esteve et al., 2003). Éstas MARDP se aleatorizaron a 2 ramas: atención habitual versus atención habitual + psicoeducación.

5.2.1.1 Grupo experimental: GE (psicoeducación) (N=30). Estas mujeres recibieron de forma protocolizada 6 sesiones psicoeducativas (1 sesión semanal) grupales de una hora de duración (salvo la primera sesión que será en formato individual) , además del control habitual pautado por la matrona y/o ginecólogo.

5.2.1.2 Grupo control: GC (TAU) (N=27): control puerperal habitual en su CAM. Además este segundo grupo fue entrevistado con la misma frecuencia que el GE por el equipo de psicólogas, pero sin recibir un tratamiento psicológico.

5.2.2 Criterios de inclusión:

5.2.2.1 Criterios generales de inclusión para el estudio:

1. Mujeres embarazadas en el 3er trimestre. En el caso de inclusión de menores en el estudio se notificará en cada caso su participación al Ministerio Fiscal.
2. Firma del consentimiento informado.

5.2.2.2 Criterios de inclusión para las ramas de tratamiento:

1. Presentar 1 o más FR para el desarrollo de la depresión posparto:
   - Patología depresiva o ansiosa durante el embarazo.
   - Antecedentes personales de trastorno mental grave (TMG) (esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar, trastorno depresivo).
   - Antecedentes familiares de TMG.
   - Enfermedades médicas concomitantes asociadas a depresión (diabetes, enfermedades cardíacas, HTA, obesidad).
   - Nivel socioeconómico bajo o muy bajo
   - Ausencia de apoyo de para la mujer (pareja, familia, amigos u otros).

2. Presentar una puntuación ≥7,5 en el Cuestionario EPDS. Según García-Esteve (Garcia–Esteve et al., 2003), ninguna mujer con puntuación menor de 7,5 presentaba diagnóstico de DPP (sensibilidad y valor predictivo positivo del 100%). Por ello, consideramos seleccionar a aquellas pacientes con puntuación superior a 7,5 en la escala EPDS.

5.2.3 Criterios de exclusión:

1. Retraso mental.
2. Descompensación de TMG que impida el entendimiento de los objetivos del estudio.
3. Presentar dificultades de idioma que impidan la comprensión verbal/lecto-escritora.
4. Presentar un episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR (síntomas depresivos de intensidad suficiente y duración mayor de 2 semanas).

Todas las participantes fueron informadas de que serian asignadas al azar a una de las dos ramas del estudio y solo se incluirían si daban su consentimiento informado para participar en el estudio. Las mujeres de ambos grupos fueron evaluadas en el momento basal (PRE-intervención), a las 6 (POST-intervención).

5.3 Variables e instrumentos de medida

5.3.1 Evaluación Screening:

1. Datos antropométricos:
   - peso, talla, presión arterial.

2. Variables sociodemográficas:
   - Edad y nivel socioeconómico (Escala Hollingshead & Redlich) (Hollingshead AB et al., 1958).
3. Patología depresiva o ansiosa durante el embarazo: SI/NO.
4. Antecedentes personales y familiares de enfermedad mental severa: SI/NO.
5. Variables clínicas:
   - Patología depresiva o ansiosa durante el embarazo: SI/NO.
   - Enfermedades médicas concomitantes asociadas a depresión (diabetes, enfermedades cardíacas, HTA, obesidad): SI/NO.
6. Apoyo de pareja/familiar o apoyo de otras figuras significativas para la mujer: SI/NO.

5.3.2 Evaluación PRE y POST-intervención:

Las realizó una persona ciega a la rama de intervención en todos los casos e incluyo la evaluación de las siguientes variables:

1. Sintomatología depresiva:
   - Escala EPSD (Garcia–Esteve et al., 2003): Esta escala esta creada para la detección de madres con riesgo a padecer una depresión posparto, o que ya tengan depresión. Tiene diez ítems con cuatro opciones de respuesta que la madre deberá escoger cual de todas se asemeja más a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Una puntuación mayor a 7,5 nos indicará riego de padecer depresión de la madre.

2. Actividad física:

- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Craig CL et al., 2003): Cuestionario de actividad a los 7 días. Mide el tiempo dedicado a caminar y a hacer actividad física de intensidad moderada y vigorosa en los 7 días previos a la administración del cuestionario. Incluye toda la actividad física realizada en todos los ámbitos, en el trabajo, en casa, en el transporte y en el tiempo libre, siempre y cuando se realice durante al menos 10 minutos seguidos. También mide el tiempo dedicado a sentarse.

- Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) (WHO, 2014) : proporciona información sobre la intensidad, frecuencia y duración de las actividades realizadas bajo el criterio de "un día típico de una semana típica" permite situar a la población estudiada dentro de unos valores de referencia o en relación con las recomendaciones de práctica de actividad física de la OMS. Consta de 16 preguntas sobre la actividad física desarrollada en una semana habitual, y diferencia claramente los ámbitos en que se realizan los distintos tipos de actividad (trabajo, desplazamientos y tiempo libre)y el nivel de intensidad de la actividad física que se clasifica en moderado o vigoroso en las dimensiones de trabajo y tiempo libre, y únicamente en nivel moderado para la dimensión desplazamiento. El cuestionario también incluye el reporte de la conducta sedentaria del participante. La clasificación de sujetos suficientemente activo se realizó según clasificación OMS de 150 minutos semanales de actividad física moderada, cumpliendo con bloques de a lo menos 10 minutos de actividad física continua.

En ambos cuestionarios (IPAQ/GPAQ) los datos se midieron mediante METs (equivalentes metabólicos) que se utilizan para expresar la intensidad de la actividad física, y también para el análisis de datos indicando cuántas veces se aumenta el metabolismo basal con una actividad física en específico. Las actividades físicas se clasifican en vigorosa y moderada. En el caso de la IPAQ también se valoró la actividad leve. A cada actividad se le asignó un número de METs preestablecido. 8 METs en el caso de actividad vigorosa, 4 METs en la actividad en la moderada y 3,3 METs en la leve.

5.4 Programa de intervención psicoterapéutica

Se realizó un pack de 1 sesión psicoeducativa individual seguida de 5 sesiones de intervención psicoeducativa en formato grupal con una orientación de resolución de problemas. Las sesiones se presentaron a la misma hora y el mismo día semanalmente. Tanto los temas elegidos como el formato de las sesiones y duración de las mismas fueron seleccionadas a partir de una revisión de la literatura científica y de los principales manuales que existen sobre psicoeducación en la prevención de la DPP. Las sesiones se presentaron siempre en el mismo orden y cada sesión duró 60 minutos.

5.4.1 Razones para la elección de este formato:

Individual: Primera sesión. Quisimos tener un contacto directo con la mujer que se encontraba en ese momento especialmente sensible dedicándonos en exclusividad a su situación y necesidades. Posteriormente se incorpora a un formato grupal.

Grupal: La realización de una intervención grupal abierta supone un beneficio añadido para los participantes al poder observar a otras mujeres en su misma situación con los que pueden sentirse identificadas y normalizar lo que le está sucediendo. Además del apoyo mutuo, las mujeres pueden compartir y aprender herramientas de las demás. Se trató de grupos abiertos garantizando así que ninguna nueva madre tuviera que esperar a la creación de nuevos grupos, al tener la posibilidad de una incorporación inmediata al mismo.

5.4.2 Contenido del programa psicoeducativo

- Sesión 1 individual: Introducción. Presentación. ¿Qué es depresión posparto? Factores etiológicos y desencadenes.
- Sesión 2 grupal: Factores de riesgo. ¿Cómo reducirlos? Técnicas y estrategias para prevenir y solucionarlos.
- Sesión 3 grupal: Factores de protección. ¿Cómo aumentarlos?.
- Sesión 4 grupal: Técnicas de reducción del estrés y de la ansiedad. Relajación.
- Sesión 5 grupal: Técnica de resolución de problemas.
- Sesión 6 grupal: Hábitos de vida saludables (higiene del sueño y alimentación, de la madre y bebe). Técnicas de orientación para búsqueda de soluciones concretas (cómo pedir ayuda, delegar responsabilidades…).

5.4.3 Estructura de las sesiones:

Duración total 60 minutos: 10 minutos repaso semana y situaciones especiales y dificultosas, 35 minutos exposición del tema de la sesión, 15 minutos aplicación práctica y turno de dudas.

5.5 Análisis de datos

Las comparaciones de las características basales entre los grupos se realizaron mediante pruebas de χ^2 para los datos cualitativos y el test T de Student para las variables cuantitativas ya que cumplían criterios de normalidad.

Objetivo principal: Para analizar la efectividad de la psicoeducación en la prevención de la depresión posparto se comparó la puntuación en la escala de depresión Edimburgo entre los grupos GC y GE tanto en la visita preintervención como a las 6 semanas mediante la prueba T de Student para muestras independientes. Para estudiar también los datos de forma cualitativa, se categorizó la escala EPDS en 3 grupos: No depresión (<7,5), riesgo de depresión (7,5-14) y depresión (>14), y se compararon entre los grupos control y experimental mediante la prueba de χ^2.

Objetivos secundarios: La presencia de factores de riesgo se evaluó mediante el cálculo del porcentaje de mujeres que tenían cada uno de ellos, observando así cuales de ellos eran los más frecuentes. La variación del estado de ánimo antes y después de la psicoterapia se analizó mediante pruebas T de Student para muestras relacionadas comparando la puntuación de la escala EPDS en la visita preintervención y la visita a los 6 meses en cada uno de los grupos (GC y GE). De nuevo se categorizó la escala y se compararon los grupos mediante pruebas de χ^2. Por último, se realizaron modelos de regresión lineal para evaluar la influencia de la actividad física en la depresión posparto. La puntuación de la escala EPDS de la visita del POST se tomó como variable dependiente y las escalas IPAQ y GPAQ (METs totales) fueron las independientes. El nivel de significación para todos los análisis se estableció en $p<0,05$.

Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.

5.6 Estimación del tamaño muestral: Tras una minuciosa revisión de la bibliografía y empleando el programa informático Ene 2.0 hemos calculado que para obtener una potencia estadística del 90%, con un nivel de significación del 5%, una muestra de 27 y 30 mujeres por grupo nos permitirá encontrar diferencias de las medias entre el grupo control y el grupo experimental (alpha=0,05; beta=0,10; N=57).

5.7 Aspectos éticos

Tanto el proyecto como el protocolo fueron aprobados por el Comité de Ética Existencial de Salud Mental de Álava y fue llevado a cabo de acuerdo con los requisitos de la Declaración de Helsinki. Sólo fueron incluidas aquellas mujeres que aceptaron la participación en el estudio tras la firma del consentimiento informado tras la explicación de la naturaleza del estudio.

Aquellas mujeres que alcanzaron un diagnóstico de Depresión Mayor en el posparto fueron derivadas para ser tratadas por su médico de atención primaria, según el protocolo habitual.

En los casos en los que se dio algún acontecimiento adverso (gravedad de la depresión, ideación suicida, fallecimiento del bebé.) de importancia, la participación de la mujer finalizó dando la asistencia y tratamiento necesarios a la mujer y registrando los detalles del acontecimiento sufrido.

6.RESULTADOS:

Nuestra muestra la conformaba un total de 572 mujeres, que dieron su consentimiento para participar. En el primer screening realizado, 50,7% mujeres del total de la muestra (290) siguieron en el estudio, ya que al menos presentaban un factor de riesgo. A continuación, a las mujeres que presentaron por lo menos un factor de riesgo, se les pasó un último screening, y se seleccionaron aquellas que obtenían una puntuación mínima de 7,5 en la Escala de Depresión de Posparto de Edinburgh (EPDS), es decir aquellas mujeres con riesgo de depresión, que fueron 57. Estas, fueron aleatorizadas al grupo control (27) y experimental (30) mediante un programa informático "Random Allocation Software versión 1.0.0". Hubo 11 abandonos en la visita POST.

6.1 Sociodemográficos

Las variables socio-demográficas de la muestra, se analizaron mediante un análisis estadístico descriptivo, en el cual no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en ninguna de las variables estudiadas, por lo tanto en los análisis posteriores no fueron usadas como variables de ajuste.

Tabla1: Datos sociodemográficos basales de la muestra

		TOTAL (n=57)	GC (n= 27)	GE (n=30)	Estadísticos
Edad		34,33 (5,39)	35,19 (4,93)	33,57 (5,74)	t= 1,14, p= 0,261
Estado Civil	**Soltera**	20 (35,1%)	10 (37%)	10 (33,3%)	χ^2=0,9, p= 0,863
	Casada	34 (59,6%)	16 (59,3%)	18 (60%)	
	Otros	3 (5,3%)	1 (3,7%)	2 (6,7%)	
Convivencia	**Sola**	1 (1,8%)	1 (3,7%)	0 (0%)	χ^2=2,67, p= 0,263
	Familia origen	5 (8,8%)	1 (3,7%)	4 (13,3%)	
	Familia propia	51 (89,5%)	25 (92,6%)	26 (86,7%)	
Nivel estudios	**Prim-secundaria**	27 (48,2%)	14 (51,9%)	13 (44,8%)	χ^2= 0,28, p= 0,599
	Universidad	29 (50,8%)	13 (48,1%)	16 (55,2%)	

6.2 Objetivo principal:

1. Efectividad de la psicoeducación en la prevención de la depresión periparto (DPP)

Nuestro primer objetivo era determinar si la psicoeducación resulta efectiva para prevenir la depresión periparto en mujeres con factores de riesgo frente a un grupo control que recibe el seguimiento habitual tras el parto. Para eso, medimos el estado de animo de la mujer (Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) antes (PRE) y después (POST) de recibir la psicoeducación en el caso del grupo experimental. Del grupo control fue evaluado en el mismo momento que el grupo experimental.

Observamos que en la evaluación PRE un 89,9% del Grupo Control (GC) tenia riesgo de depresión en la escala Edimburgo y un 11,1% la padecía, mientras que en el

Grupo Experimental (GE) un 80% tenía riesgo de depresión y un 20% la presentaba. No había ningún caso en ninguno de los grupos clasificado como no depresión.

No hubo diferencias significativas entre los grupos GC y GE en el número de mujeres con riesgo de depresión o con depresión. (χ^2= 0,84, p= 0,358).

Cogiendo la puntuación total de la EPDS tampoco se hallaron diferencias significativas entre GC (media± dt= 10,41± 2,52) y GE (10,83± 3,13) (t=-0,56, p= 0,572).

Tabla 2. Puntuación de depresión (escala EPDS) PRE-tratamiento en GC y GE.

	EPDS PRE-Tratamiento		**Total**
	Riesgo de Depresión	**Depresión**	
Grupo Control (GC)	24 (89,9%)	3 (11,1%)	27
Grupo Experimental (GE)	24 (80%)	6 (20%)	30
Total	48	9	57

En cuanto a la puntuación obtenida en el POST-tratamiento, encontramos que el 9,1% del GC obtuvo valores de depresión en la EPDS, mientras que ninguna mujer del GE tuvo riesgo de depresión en la evaluación POST-tratamiento. Hubo una importante disminución en la cantidad de mujeres que puntuaban riesgo de depresión pasando a ser un 40,9% del GC y un 8,3% del GE.

Comparación evaluación PRE y POST

El 50% del GC y el 91,7% del GE pasaron de tener una puntuación de Riesgo de Depresión en la evaluación PRE a no tener riesgo. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre GC y GE tampoco en el POST (χ^2= 3,94, p= 0,139). (Prueba χ^2)

Cogiendo la EPDS total tampoco hubo diferencias significativas entre GC (6,50 ± 5,30) y GE (3,70 ± 3,06) (t= 1,45, p= 0,169).

Tabla 3. Puntuación de depresión (escala EPDS) POST-tratamiento en GC y GE.

	EPDS POST-Tratamiento			TOTAL
	No Riesgo Depresión	**Riesgo de Depresión**	**Depresión**	
Grupo Control (GC)	11 (50,0%)	9 (40,9%)	2 (9,1%)	22
Grupo Experimental (GE)	22 (91,7%)	2 (8,3%)	0 (0,0%)	24
TOTAL	33	11	2	46

6.3 Objetivos secundarios:

1. Evaluar la presencia de factores de riesgo para depresión posparto

De las 572 mujeres reclutadas, 290 mujeres (50,7%) presentaron factores de riesgo. Entre los factores que encontramos:

- **11 (3,8%)** tenían patología depresiva o ansiosa en el embarazo que hubiera necesitado consulta médica **(factor 1)**.

- **99 (34,1%)** tenían antecedentes personales de enfermedad mental grave **(factor 2)**.

- **141 (48,6%)** tenían antecedentes familiares de enfermedad mental grave **(factor 3)**.

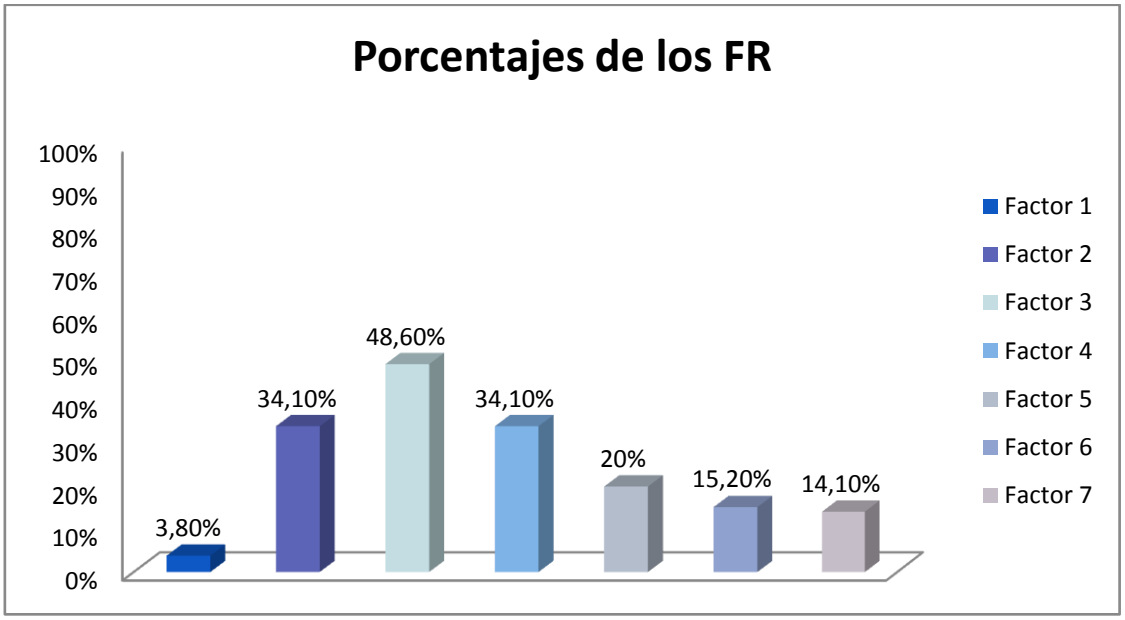
- **99 (34,1%)** tenían enfermedades asociadas **(factor 4)**.

- **58 (20%)** tuvo un embarazo asistido **(factor 5)**.

- **44 (15,2%)** tuvo falta de apoyo de la pareja **(factor 6)**.

- **41 (14,1%)** tuvo falta de apoyo familiar **(factor 7)**.

Gráfico 1: Porcentaje de Factores de Riesgo (FR) para la Depresión Posparto



Pudimos observar que entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran los antecedentes familiares y personales de enfermedad mental grave y las enfermedades asociadas al embarazo, y la menos frecuente fue tener patología depresiva o ansiosa en el embarazo.

2. Evaluar la variación del estado de ánimo antes y después de la psicoterapia

Para ello, medimos la variación de los valores de depresión posparto antes y después de la psicoeducación. En el grupo control, las evaluaciones se realizaron en el mismo momento que al grupo experimental.

En el GC, de las 22 mujeres que completaron la evaluación POST-tratamiento, todas ellas tenían riesgo de depresión en la evaluación PRE-tratamiento. Sin embargo, en el POST el 50% mejoraron hasta llegar a una puntuación correspondiente a no riesgo de depresión. El 9,1% de ellas sí desarrollaron depresión.

Tomando la puntuación total de la Edimburgo del GC, no hay diferencias significativas entre la evaluación PRE (10,41± 2,52) y la POST (6,50 ± 5,30) (t= 2,18, p= 0,057).

Tabla 4. Variación de la puntuación de depresión(EPDS)PRE y POST-tratamiento en GC.

	EPDS POST-tratamiento			TOTAL
EPDS PRE-tratamiento	**No Riesgo Depresión**	**Riesgo de Depresión**	**Depresión**	
Riesgo de Depresión	11 (50%)	9 (40,9%)	2(9,1%)	22
TOTAL	11	9	2	22

En cuanto al **GE**, pudimos observar que en la evaluación PRE, todas las mujeres del GE tenían riesgo de depresión (91,7%) o depresión (8,3%). Sin embargo en el POST, las 2 mujeres que tenían depresión pasaron a no tener riesgo, y 20 de las que tenían riesgo de desarrollarla pasaron a no tenerlo. No hubo diferencias significativas entre el PRE y POST ($\chi 2$= 0,12, p= 0,725).

Sin embargo, cogiendo la puntuación total de la EPDS, sí hay diferencias significativas entre el PRE y POST: PRE 10,83± 3,13, POST 3,70± 3,06 (t= 6,37, p<**0,001**).

Tabla 5. Variación de la puntuación de depresión(EPDS)PRE y POST-tratamiento en GE.

	EPDS POST-tratamiento		TOTAL
EPDS PRE-tratamiento	**No Riesgo Depresión**	**Riesgo de Depresión**	
Riesgo de depresión	20 (83,3%)	2(8,3%)	22 (91,7%)
Depresión	2(8,3%)	0(0,0%)	2 (8,3%)
TOTAL	22	2	24

3.Evaluar la influencia de la actividad física en el estado de ánimo durante el posparto

Para ello pasamos tanto en el PRE como en el POST el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) como el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) en ambos grupos y lo relacionamos con la puntuación obtenida en la escala de depresión (EPDS).

- **Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)**

Tabla 6: Evaluación de la actividad física (IPAQ) PRE y POST en GC y GE.

	IPAQ					
	PRE			POST		
	Bajo-Inactivo	Moderado	Intenso	Bajo-Inactivo	Moderado	Intenso
GC	16 (59,3%)	10 (37%)	1 (3,7%)	4 (18,2%)	13 (59,1%)	5 (22,7)
GE	13 (43,3%)	17 (56,7%)	0 (0%)	8 (33,3%)	12 (50%)	4 (16,7%)

Para medir la influencia de la actividad física semanal (MET) en el estado de ánimo de la mujer (EPDS) pasamos a realizar una regresión lineal donde tomamos como variable dependiente la EPDS y como variable independiente la IPAQ.

Tanto en la evaluación PRE-tratamiento del GC (B= -0,001; p= 0,263) como en la POST (B= 0,000; p= 0,397) no se obtienen resultados significativos que nos indiquen que la actividad física (IPAQ) influya en la depresión (EPDS).

En cuanto al GE, tampoco hay influencia de la actividad física semanal en el estado de ánimo ni en el PRE (B= -0,001; p= 0,442) ni en el POST (B= -0,001; p= 0,442).

- **Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)**

En cuanto a la actividad física general de la mujer (GPAQ), observamos que la mayoría de ellas, 82,4% de las mujeres seguían la recomendación de la OMS en cuanto a la actividad física mientras que solo un 17,6% de las mujeres no lo hacían.

Para ver la influencia de la GPAQ en el estado de animo de la mujer hicimos una regresión lineal en la que no encontramos influencia significativa de la actividad física general en el estado de ánimo (B= -4,114E-5; p= 0,617).

7. DISCUSIÓN:

Nuestro estudio se trata de un ensayo clínico prospectivo, pionero en el servicio Vasco de Salud (Osakidetza), dado que en la actualidad no existe ningún tipo de servicio preventivo en el ámbito de la depresión posparto, una patología con una prevalencia del 15% (Leahy-Warren et al., 2011).

A pesar de que en este trabajo la eficacia del tratamiento psicoeducativo no haya salido significativa, si que se ha observado una mejoría significativa en el estado de animo de las mujeres del grupo experimental, reduciéndose de forma muy importante el riesgo de depresión, así, de 24 mujeres que tenían depresión y riesgo de padecerla previa al tratamiento, después de recibir la psicoeducación el 91,6% pasaron a ser una población sin riesgo de desarrollar depresión. Esto arroja luz sobre nuestra hipótesis y es comparable con artículos que demuestran que las mujeres que no reciben una terapia cognitivo conductual tienen una puntuación más alta en la escala de depresión de Edimburgo que las que si lo recibían (Carta et al., 2015; Sockol et al., 2015).

Aunque logramos que las mujeres siguieran acudiendo a las visitas facilitándoles la asistencia en compañía de los bebés, puede que la falta de significancia en los resultados de la intervención sea debido a los abandonos causados por el periodo crítico en el que se encuentran las mujeres, ya que el comienzo del tratamiento se estableció a los 15 días tras dar a luz, en el posparto inmediato, momento en el que las mujeres se encuentran con molestias físicas causadas por el parto y la lactancia. Las incipientes madres están en un periodo de adaptación al bebé y esto se resume en la falta de disposición de tiempo para acudir a las sesiones, una de las limitaciones de nuestro estudio. Para solucionarlo, pretendemos mejorar la asistencia aplicando las sesiones psicoeducativas en el posparto tardío y en el preparto; en éste periodo las mujeres tienen más disponibilidad de horarios y además contarán con las herramientas psicológicas para la prevención de la depresión desde antes de dar a luz (Sockol et al., 2015; Naysmith et al., 2015). Estas modificaciones ayudarán a que aumente el éxito de la intervención, dado que creemos haber abierto un campo innovador para este tipo de población en nuestro área geográfica, ofreciendo un tratamiento preventivo a mujeres en riesgo antes de que la depresión aparezca.

No obstante, la importancia de la realización de este estudio no sólo radicaba en la importancia de la reducción de la sintomatología depresiva tras la intervención, sino en la capacidad de detección precoz de mujeres embarazadas con riesgo y del aumento de sensibilidad hacía esta patología en los profesionales relacionados con la gestación.

Gracias a este cribaje anticipatorio, hemos podido detectar y derivar a mujeres con síntomas de depresión a los servicios de salud mental para un examen más exhaustivo, abordaje que sin existir este estudio no se habría podido realizar por la inexistencia del procedimiento protocolizado. Para ello, dirigir el esfuerzo a educar a profesionales y a las madres en la detección de estos síntomas así como a facilitar el conocimiento para la detección de los factores de riesgo más prevalentes en la muestra (antecedentes familiares y personales de enfermedad mental y las enfermedades asociadas al embarazo) puede ser muy eficaz ya que se trataría a la mujer antes del inicio de la enfermedad y no después de su desarrollo (Carta et al., 2015; Sockol et al., 2015). Los profesionales tienen que saber que la educación y conciencia sobre el tema es de vital importancia, pudiendo enseñar a las madres a distinguir los síntomas de depresión con síntomas normales del propio proceso del embarazo.

Por otro lado, la actividad física ha demostrado en diferentes estudios reducir significativamente la sintomatología depresiva (Daley et al., 2007). Hasta ahora, en el caso específico de la depresión posparto, sólo se han reportado dos estudios aleatorizados en los que el grupo experimental era intervenido con sesiones estructuradas de ejercicio físico y la reducción también fue significativa (Armstrong et al., 2004; Madsen et al., 2007).

En nuestro caso la falta de significancia entre la actividad física y el estado de ánimo, puede ser debido a la ausencia de una intervención concreta al respecto, ya que en nuestro caso nos limitamos a recoger la actividad física reportada por las mujeres. Para futuros estudios, nos proponemos la creación de un módulo de actividad

física en el grupo experimental que junto con el tratamiento psicoeducativo puede conllevar grandes mejoras.

Por último, nos parece importante señalar la importancia de los resultados que hemos encontrado, ya que del total de mujeres evaluadas, más de la mitad presentaban factores de riesgo (n=290) y de estas un porcentaje nada desdeñable tiene riesgo de desarrollar la patología (19,6%). Por todo ello, vemos la importancia en la llamada hacia la sensibilización sobre la depresión posparto y sobre la sensibilización de los profesionales hacia la mejora de la información a las mujeres antes de que se desarrolle la depresión posparto. En la actualidad se aboga por la prevención primaria de patologías, es decir eliminando los factores de riesgo antes de que se instaure la enfermedad, con este trabajo hemos recogido en una muestra elevada y con un protocolo de screening sencillo y de fácil aplicación, la posibilidad de conocer los factores de riesgo y trabajar para prevenir la enfermedad antes de que ocurra, mostrando como es posible reducir de forma importante la posibilidad de desarrollar la patología.

8. CONCLUSIONES

En resumen, el tratamiento psicoeducativo mejora el estado de ánimo de las mujeres con riesgo de depresión posparto. Los factores de riesgo más prevalentes en estas mujeres han sido los antecedentes familiares y personales de enfermedad mental y enfermedades asociadas al embarazo. Estos deberían ser tenidos en cuenta entre el personal asistencial sanitario, ya que puede ayudar a la prevención del desarrollo de la enfermedad (prevención primaria). Futuros estudios son necesarios

para evaluar como la psicoeducación realizada en diferentes etapas del embarazo y posparto, podrían ayudar a la prevención.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. Arch Psychiatr Nurs. 2011;25(3):174–184. [PubMed].
- WHO-UNFPA.TheMillenniumDevelopmentGoals Report 2012, 2013, https://www.unfpa.org/public/publications/pid/6090.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev.Washington, DC: American Psychiatric Assocation; 2013.
- Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA Psychiatry. 2013 Dec;70(12):1312-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2163. PubMed PMID: 24108418; PubMed Central PMCID: PMC3930009.
- Figueiredo FP, Parada AP, Araujo LF, Silva Jr WA, Del Ben CM. The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. J Affect Disord. 2014 Oct 19;172C:265-273.
- Hoertel N, López S, Peyre H, Wall MM, González-Pinto A, Limosin F, Blanco C. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period and outside the peripartum period distinct? Results from a nationally representative sample using item response theory (IRT). Depress Anxiety. 2014 Nov 25.

- Babb JA, Deligiannidis KM, Murgatroyd CA, Nephew BC. Peripartum depression and anxiety as an integrative cross domain target for psychiatric preventative measures. Behav Brain Res. 2015 Jan 1;276C:32-44.
- Garcia-Esteve, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord. 2003 Jun;75(1):71-6.
- Albacar G Sans T, Martín-Santos R, García-Esteve L, Guillamat R, Sanjuan J, Cañellas F, Gratacòs M, Cavalle P, Arija V, Gaviria A, Gutiérrez-Zotes A, Vilella E. An association between plasma ferritin concentrations measured 48h after delivery and postpartum depression. J Affect Disord. 2011 Jun.
- MacArthur.Initiative on depression and primary care. Patient health questionnaire (PHQ9).http://depressionprimarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9; 2010 April 10.
- Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. Infant Behav Dev. 2011 Apr;34(2):339-50.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ) 2005;(119):1–8.
- MacArthur, Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry. 2004;49(11):726–35. Initiative on depression and primary care. Patient health questionnaire (PHQ-9). http://depressionprimarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9; 2010 April 10.

- Complojer M, Schweigkofler H, Schwitzer J, Scherer A, Schwitzer GO, Schiefenhövel W. The preconditions of postpartum dysphoria. Neuropsychiatr. 2009;23(1):35-41.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106 (5 Pt 1):1071–83.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J Affect Disord. 2006;91(2–3):97–111.
- Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. J Psychosom Res. 2000;49(3):207–16.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002;347(3):194–9.
- Not author listed. The management of postnatal depression. Drug Ther Bull 2000;38(5):33–7.
- Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 7:9–15.
- Dorr HG, Heller A, Versmold HT, Sippell WG, Herrmann M, Bidlingmaier F, et al. Longitudinal study of progestins, mineralocorticoids, and glucocorticoids throughout human pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 1989;68(5):863–8.

- Stalla GK, Bost H, Stalla J, Kaliebe T, Dorr HG, Pfeiffer D, et al. Human corticotropin- releasing hormone during pregnancy. Gynecol Endocrinol. 1989;3(1):1–10.
- BlochM, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry. 2003;44(3):234–46.
- Skalkidou A, Hellgren C, Comasco E, Sylven S, Sundstrom PI. Biological aspects of postpartum depression. Womens Health (Lond Engl). 2012;8(6):659–72.
- Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. J Womens Health (Larchmt). 2008;17(9):1529–34.
- Maes M, Yirmyia R, Noraberg J, Brene S, Hibbeln J, Perini G, et al. The inflammatory and neurodegenerative (I&ND) hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression. Metab Brain Dis. 2009;24(1):27–53.
- Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the patho-genesis of depression. Trends Immunol. 2006;27(1):24–31.
- Pter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, Ebstein RP, Feldman R. Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. Am J Psychiatry. 2013;170(10):1161–8.
- Viero C, Shibuya I, Kitamura N, Verkhratsky A, Fujihara H, Katoh A, et al. Review: oxytocin: Crossing the bridge between basic science and pharmacotherapy. CNS Neurosci Ther. 2010;16(5):e138–56.

- Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. Horm Behav. 2012;61(3):380–91.
- Hollingshead AB, Redlich FC. Clase Social y Enfermedad Mental: Un Estudio Comunitario. (1958), New York: Wiley.
- Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suarez, G., & Campos Sanchez, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Españolas de Psiquiatría, 30(2), 106-111.
- Warburton DE1, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006 Mar 14;174(6):801-9.
- Winkel S, Einsle F, Pieper L, Höfler M, Wittchen HU, Martini J. Associations of anxiety disorders, depressive disorders and body weight with hypertension during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2015 Jun;18(3):473-83. doi: 10.1007/s00737-014-0474-z. Epub 2014 Nov 25.
- Padmapriya N, Shen L, Soh SE, Shen Z, Kwek K, Godfrey KM, Gluckman PD, Chong YS, Saw SM, Müller-Riemenschneider F. Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Before and During Pregnancy in a Multi-ethnic Sample of Asian Women in Singapore. Matern Child Health J. 2015 Jul 4. [Epub ahead of print]
- Kim HK, Niederdeppe J, Graham M, Olson C, Gay G. Effects of Online Self-Regulation Activities on Physical Activity Among Pregnant and Early Postpartum Women. J Health Commun. 2015 Jul 1:1-10. [Epub ahead of print]
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001 Sep;50(5):275-85.

- Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstet Gynecol 2002 Feb;99(2):223-8.
- Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C . Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. Womens Health 1995;1(1):51-75.
- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, Jones I. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. JAMA Psychiatry. 2013 Feb;70(2):168-75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.279.
- Gelabert E, Subirà S, Plaza A, Torres A, Navarro P, Imaz ML, Valdés M, García-Esteve L, Martín-Santos R. The Vulnerable Personality Style Questionnaire: psychometric properties in Spanish postpartum women. Arch Womens Ment Health. 2011;14:115-24.
- Bobes Bascarán MT, Jover M, Llácer B, Carot JM, Sanjuan J. Psicothema. 2011 Feb;23(1):160-6. (Spanish adaptation of the EAS Temperament Survey for the assessment of child temperament). (Article in Spanish).
- Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, et al. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. Psychol Med 1998 Jan;28(1):63-79.
- Garcia-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R. Arch Womens Ment Health. 2008 Jul;11(3):193-200. doi: 10.1007/s00737-008-0012-y. Epub 2008 May 28.

- O'Hara MW SA. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. Int Rev Psychiatry 1996;8:37-54.
- Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG.. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. Bristish Journal of Psychiatry, 2011; 198: 373-378
- Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS Spectr. 2015 Feb;20(1):48-59
- Lonstein JS, Maguire J, Meinlschmidt G, Neumann ID. Emotion and mood adaptations in the peripartum female:complementary contributions of GABA and oxytocin. J Neuroendocrinol. 2014 Oct;26(10):649-64. doi: 10.1111/jne.12188.
- Hall PL, Wittkowski A. An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. J Midwifery Womens Health. 2006;51(5):321–30.
- Petch J, Halford WK. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. Clin Psychol Rev. 2008;28(7):1125–37.
- Thompson RA. Early sociopersonality development. In: Damon WE, editor. Handbook of child psychology, Social, emotional and personality development, vol. 3. 5th ed. New York: Wiley; 1998. p. 25–104.
- Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behav Dev. 2010;33(1):1–6.
- Hughes C, Roman G, Hart MJ, Ensor R. Does maternal depression predict young children's executive function?—a 4-year longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54 (2):169–77.

- Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. Depress Anxiety. 2011;28(8):696– 702.
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Arch Womens Ment Health. 2003;6(4):263–74.
- Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. Dev Psychol. 2003;39(6):1083–94.
- Rouse MH, Goodman SH. Perinatal depression influences on infant negative affectivity: timing, severity, and co-morbid anxiety. Infant Behav Dev. 2014 Nov;37(4):739-51.
- Feldman R, Eidelman AI. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. Dev Sci. 2009;12(1):194–200.
- Hay DF. Postpartum depression and cognitive development. In: Cooper P, Murray L, editors.Postpartum depression and child development. New York: Guilford; 1997. p. 85–110.
- Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(2):147–56.
- Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. Arch Dis Child.1997;77(2):99–101.

- Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M. The impact of maternal depression in young children. J Child Psychol Psychiatry. 1987;28(6):917–28.
- Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychol Psychiatry. 2001;42(7):871–89.
- Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A.. Psychological treatment of depression. Nord J Psychiatry, 2011.
- Dowrick C. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. BMJ 2000;321:1450-1454
- Miller LJ,LaRusso EM.Preventing postpartum depression.Psychiatr Clin North Am.2011 Mar; 34 (1): 53-65.
- Brugha TS, , Morrell CJ, Slade P, Walters SJ..Universal prevention of depression in women.Psych Med. 2011 Apr.
- Goodman JH, Santangelo G..Group treatment for PDD.Arch Womens Ment Health.2011 Aug.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C,. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2014 Feb 10
- Tendais I, Figueiredo B, Mota J, Conde A. Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. Cad Saude Publica. 2011;27(2):219-28.
- Ersek JL, Brunner Huber LR. Physical activity prior to and during pregnancy and risk of postpartum depressive symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38:556-66.

- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003 Aug;35(8):1381-1395
- World Health Organisation. Chronic diseases and health promotion global physical activity surveillance. Accessed at http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/ on 06.05.2014.
- Carta G, D'Alfonso A, Parisse V, Di Fonso A, Casacchia M, Patacchiola F. How does early cognitive behavioural therapy reduce postpartum depression?. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015;42(1):49-52.
- Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. J Affect Disord. 2015 May 15;177:7-21. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.052. Epub 2015 Feb 2.
- Naysmith C, Wells M, Newson S, Webb J. Development and outcomes of a therapeutic group for women with postnatal depression. Community Pract. 2015 Mar;88(3):35-8.
- Daley AJ1, Macarthur C, Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. J Midwifery Womens Health. 2007 Jan-Feb;52(1):56-62.
- Armstrong K, Edwards H. The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. Int J Nurs Pract. 2004; 10: 177-94.

- Madsen M, Jorgensen T, Jensen M, Juhl M, Olsen J, Andersen P et al. Leisure time physical exercise during pregnancy and the risk of miscarriage: a study within the Danish National Birth Cohort. BJOG. 2007; 114: 1419-26.

10. ANEXOS

10.1 *Nivel Socieoconómico. Escala Hollingshead-Readlich*

"Nivel socioeconómico. Escala Hollingshead-Readlich"

Padre Trabajo:_____/Nivel Educativo:_____

Madre Trabajo:_____/Nivel Educativo:_____

- NIVEL OCUPACIONAL (DEL QUE MAYOR NIVEL HAYA ALCANZADO):

Nivel ocupacional (x5)

9 = Jornaleros, trabajos menores de servicio (limpieza, botones, portero, lavaplatos...) o en paro
8 = Trabajador no cualificado (camarero, basurero, jardinero...)
7 = Operarios, trabajador semi-cualificado (camionero, cocinero, peluquero...)
6 = Propietarios negocios muy pequeños, trabajo manual cualificado, artesanos, agricultores (electricistas, panadero, carpintero, soldadores...)
5 = Vendedores, propietarios de pequeños negocios (cajeros, mecanógrafo, operador telefónico...)
4 = Técnicos, semiprofesional, propietarios de comercios medianos (controlador aéreo, dietista, secretarias, técnico de ventas...)
3 = Profesional menor, artistas, supervisores (agente inmobiliario, trabajador social, profesor de primaria, representante de ventas...)
2 = Administrador, propietarios de negocios hasta 300000 € (perito industrial, enfermera, estadístico, informático, profesores de secundaria...)
1 = Altos ejecutivos, propietarios negocios grandes, profesionales (arquitecto, dentista, juez, abogado, ingeniero, médico, sociólogo, psicólogo, profesor de universidad...

- NIVEL EDUCACIONAL (DEL QUE MAYOR NIVEL HAYA ALCANZADO):

Nivel Educacional (x3)

7 = No acaba el graduado escolar
6 = Graduado escolar
5 = No acaba el instituto/ FP
4 = Instituto / FP
3 = No acaba carrera universitaria o FP superior
2 = Carrera Universitaria Media (3 años)
1 = Universitario. Doctor. Licenciado

Puntuación Total = (Nivel Ocupacional **x 5**) **+** (Nivel Educacional **x 3**) = _____+_____=_____

1- 08-19 Nivel Alto
2- 20-29 Nivel Medio-Alto
3- 30-39 Nivel Medio
4- 40-54 Nivel Medio-Bajo
5- 55-66 Nivel Bajo

10.2 ***Cuestionario Internacional e Actividad Física (IPAQ)***

IPAQ: formato corto autoadministrado de los ultimos 7 dias para ser utilizado con adultos jovenes y de mediana edad (15- 69 años)

Estamos interesados en averiguar los tipos de actividad física que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta incluso si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para el ocio, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días.** Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuantos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

   _____ días por semana

   ☐ Ninguna actividad física intensa → ***Vaya a la pregunta 3***

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

   _____ horas por día

   _____ minutos por día

   ☐ No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluya caminar.
   _____ días por semana

□ Ninguna actividad física moderada → ***Vaya a la pregunta 5***

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

   _____ horas por día

   _____ minutos por día

   □ No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

   _____ días por semana

   □ Ninguna caminata → ***Vaya a la pregunta 7***

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

   _____ horas por día

   _____ minutos por día

   □ No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un **día hábil**?

   _____ horas por día

   _____ minutos por día

   □ No sabe/No está seguro

10.3 ***Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)***

Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

Departamento de Enfermedades crónicas y Promoción de la Salud
Vigilancia y Prevención basada en la población
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza
Para más información: www.who.int/chp/steps

Organización Mundial de la Salud

Actividad física

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo *[inserte otros ejemplos si es necesario]*. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

	Pregunta	Respuesta	Código
En el trabajo			
49	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [*levantar pesos, cavar o trabajos de construcción*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Saltar a P 4*	P1
50	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días ⌊__⌋	P2
51	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋ hrs mins	P3 (a-b)
52	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa *[o transportar pesos ligeros*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Saltar a P7*	P4
53	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días ⌊__⌋	P5
54	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋ hrs mins	P6 (a-b)
Para desplazarse			
	En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto [*insertar otros ejemplos si es necesario*]		
55	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Sí 1 No 2 *Si No, Saltar a P 10*	P7
56	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días ⌊__⌋	P8
57	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋ hrs mins	P9 (a-b)

En el tiempo libre			
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre [inserte otros ejemplos si llega el caso].			
58	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [*correr, jugar al fútbol*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Saltar a P 13*	P10
59	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días ⌊_⌋	P11
60	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ hrs mins	P12 (a-b)

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física (en el tiempo libre) sigue.			
Pregunta		**Respuesta**	**Código**
61	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [*ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball*] durante al menos 10 minutos consecutivos? *(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*	Sí 1 No 2 *Si No, Saltar a P16*	P13
62	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días ⌊_⌋	P14
63	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ hrs mins	P15 (a-b)
Comportamiento sedentario			
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. *[INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)*			
64	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ hrs mins	P16 (a-b)

Organización Mundial de la Salud

10.4 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

[EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen

150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se notan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio

clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.
Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____
Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer
- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian
- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada
- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando
- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca