



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Análisis de los determinantes sociales en la experiencia de la maternidad.

Autora

Georgina Barbero Mauri

Directora

Yolanda López del Hoyo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año 2017



## RESUMEN Y ABSTRACT

La depresión posparto es una patología psiquiátrica que afecta entre un 10 y un 20% de las mujeres tras dar a luz, pero, no se diagnostica en un 75% de los casos por el temor al rechazo que sienten las madres al relacionarse la maternidad con una etapa de felicidad incondicional. El objetivo de este trabajo es conocer las creencias y percepciones de las madres primíparas sobre la maternidad y la depresión posparto, y como dichos factores influyen en el desarrollo de esta patología. Para ello, se han utilizado diversas escalas para estudiar los factores sociodemográficos y clínicos, las preocupaciones en el embarazo y las expectativas sobre la maternidad en relación a la satisfacción con el parto y la prevalencia del trastorno. Las 50 participantes del estudio presentan unas bajas preocupaciones, unas expectativas medias-altas sobre la maternidad, una alta satisfacción con el parto y se han detectado 5 casos positivos.

**Conceptos clave:** depresión posparto, expectativas, preocupaciones, salud mental, maternidad.

Postpartum depression is a psychiatric disorder that affects between 10 and 20% of women after giving birth, but it is not diagnosed in 75% of the cases due to the fear of rejection mothers feel as people relates motherhood with a stage of unconditional happiness. The objective of this study is to know the beliefs and perceptions of first-time mothers about motherhood and postpartum depression, and how these factors may influence the onset of this pathology. To achieve this objective, I have used various scales to study sociodemographic and clinical factors, worries in pregnancy and expectations about motherhood in relation to satisfaction with the childbirth and the prevalence of the disorder. The 50 participants presented low worries in pregnancy, medium-high expectations about motherhood, high satisfaction with childbirth and 5 positive cases were detected.

**Key words:** postpartum depression, expectations, worries, mental health, motherhood.

# ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT .....	i
ÍNDICE .....	ii
ÍNDICE DE TABLAS .....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	iv
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1 Los factores y determinantes sociales de la salud .....	3
2.2 La depresión posparto: definición y prevalencia.....	3
2.3 Factores de riesgo.....	4
2.4 Sintomatología de la depresión posparto .....	6
2.5 Tratamiento de la depresión posparto.....	7
2.5.1 Abordaje multidisciplinar .....	8
2.6 Consecuencias de la depresión posparto .....	9
2.7 Prevención de la depresión posparto.....	10
2.8 Otros Trastornos del estado de ánimo del posparto.....	11
2.8.1 Tristeza posparto o baby blues.....	11
2.8.2 Psicosis posparto .....	11
3. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	12
3.1 Justificación .....	12
3.2 Objetivo general de la investigación .....	12
3.3 Objetivos específicos .....	12
3.4 Hipótesis .....	13
4. METODOLOGÍA.....	14
4.1 Diseño .....	14
4.2 Procedimiento .....	14
4.3 Cuestiones éticas .....	15
4.4 Variables e instrumentos.....	15
4.4.1 Variables sociodemográficas .....	15
4.4.2 Variables clínicas.....	15
4.4.3 Variables psicológicas.....	16
4.5 Instrumentos .....	16

4.6 Relación instrumentos y objetivos específicos.....	16
5. CRONOGRAMA .....	17
5.1 Variaciones .....	17
6. RESULTADOS.....	18
6.1 Diagrama de flujo o flow chart de las participantes del estudio.....	18
6.2 Análisis de los datos sociodemográficos .....	18
6.3 Resultados de la escala sobre preocupaciones en el embarazo Cambridge Worry Scale .....	21
6.4 Resultados escala Expectativas sobre la Maternidad .....	23
6.5 Resultados escala satisfacción con el parto Mackey.....	26
6.6 Resultados prevalencia depresión posparto EPDS.....	30
6.7 Análisis de los casos positivos .....	33
6.7.1 Caso positivo nº1.....	33
6.7.2 Caso positivo nº2.....	34
6.7.3 Caso positivo nº3.....	35
6.7.4 Caso positivo nº4.....	36
6.7.5 Caso positivo nº5.....	37
6.7.6 Comparativa de los casos positivos.....	38
6.8 Correlación .....	39
7. DISCUSIÓN .....	43
7.1 Propuesta de intervención y futuras líneas de investigación.....	44
7.2 Limitaciones del estudio.....	45
8. CONCLUSIONES .....	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
10. ANEXOS.....	49
10.1 Consentimiento informado .....	49
10.2 Cambridge Worry Scale (CWS) .....	53
10.3 Escala para medir las expectativas respecto la maternidad. ....	54
10.4 Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS).....	55
10.5 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS) .....	57
10.6 Datos sociodemográficos .....	58
10.7 Dictamen favorable CEICA.....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo .....	4
Tabla 2. Síntomas de depresión posparto .....	7
Tabla 3. Instrumento y objetivo específico .....	16
Tabla 4. Cronograma .....	17
Tabla 5. Resumen datos sociodemográficos y clínicos antes del parto .....	19
Tabla 6. Resumen datos sociodemográficos antes del parto .....	19
Tabla 7. Resumen datos clínicos tras el parto .....	21
Tabla 8. Resumen Resultados Cambridge Worry Scale .....	22
Tabla 9. Resumen resultados escala expectativas sobre la maternidad .....	25
Tabla 10. Resumen resultados escala de Mackey .....	27
Tabla 11. Resumen resultados escala de Edinburgh .....	31
Tabla 12. Resumen datos socioclínicos Caso 1 .....	33
Tabla 13. Resumen datos socioclínicos caso 2 .....	34
Tabla 14. Resumen datos socioclínicos caso 3 .....	35
Tabla 15. Resumen datos socioclínicos caso 4 .....	36
Tabla 16. Resumen datos socioclínicos caso 5 .....	37
Tabla 17. Correlación Expectativas y EDPS.....	39
Tabla 18. Correlación Preocupaciones y Depresión posparto.....	41
Tabla 19. Correlación expectativas sobre maternidad y Satisfacción con el parto.....	42
Tabla 20. Rho de spearman puntuación EDPS y bebé con bajo peso al nacer.....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Flow Chart del estudio .....	18
Gráfico 2. Diagrama de caja CWS .....	21
Gráfico 3. Puntuación media para cada ítem de la CWS .....	22
Gráfico 4. Diagrama de caja Escala Expectativas sobre la Maternidad .....	24
Gráfico 5. Puntuación media para cada ítem de la Escala Expectativas sobre la Maternidad.....	24
Gráfico 6. Diagrama de caja escala satisfacción con el parto Mackey .....	26
Gráfico 7. Puntuación media para cada ítem escala satisfacción con el parto Makey .....	27
Gráfico 8. Diagrama de Caja EPDS.....	30
Gráfico 9. Relación entre expectativas y puntuación EDPS.....	40
Gráfico 10. Relación Escala expectativas maternidad y depresión posparto.....	40
Gráfico 11. Relación preocupaciones en el embarazo y depresión posparto .....	41
Gráfico 12. Relación expectativas sobre la maternidad y satisfacción con el parto .....	42

# 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo de la mujer se ve afectado por múltiples factores durante todo el proceso, sin embargo, siempre han sido los factores fisiológicos los que han captado la atención de la mayor parte de las investigaciones.

Este trabajo se va a centrar en conocer la opinión y las percepciones que giran en torno a una patología concreta como es la depresión posparto o posnatal, un problema de salud mental que según la OMS afecta a 1 de cada 6 mujeres que han dado a luz. Además, se hará una relación entre unas altas expectativas respecto a la maternidad, las preocupaciones, la satisfacción con el parto y la incidencia de esta patología.

Como bien es sabido, durante y después del parto se produce un cambio hormonal en la mujer, y este proceso puede afectar al estado anímico, pero cabe destacar que alrededor de esta patología giran muchos factores sociales como son los roles de género, el apoyo social del que dispone la madre durante y después del embarazo, el estatus socioeconómico, la autoestima personal, las percepciones culturales, expectativas...Es decir, factores de riesgo psicosociales, que resultan ser mucho menos controlables.

Esta investigación surge como propuesta por parte de la Dra. Irigoyen, responsable del Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. En su experiencia como psiquiatra ha podido observar a mujeres con depresiones mayores muy cronificadas derivadas de la depresión posparto debido a que las pacientes han tenido miedo a pedir ayuda por el estigma y la vergüenza que gira en torno a esta patología, ya que en nuestra cultura se asocia la maternidad a una etapa idílica.

Tras su explicación, decidí empezar a investigar en este campo para comprender mejor qué opinan las madres y su entorno sobre esta patología concreta, y qué es lo que conduce a muchas mujeres a esconder sus síntomas.

El estudio ha sido realizado en coordinación con el Servicio de Psiquiatría y Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", y la información ha sido recogida a través de las sesiones de maternidad que se realizan por las matronas en los centros de atención primaria de Delicias Sur, Delicias Norte, Valdefierro, Miralbueno, Oliver, Valdespartera y Torrero - La Paz.

Para la realización de este trabajo, existe una legislación a tener en cuenta por su influencia directa con el tema que nos ocupa, como son las siguientes leyes y normativas:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón
- Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica

Al tratarse de un proyecto de investigación clínico que trata con datos de pacientes que son considerados de especial sensibilidad, éste debió ser evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), organismo que se encarga de valorar los aspectos éticos, metodológicos y legales de

todos los proyectos de investigación en los que se incluyen seres humanos, sus muestras biológicas o sus datos personales, siendo éste el caso.

Respecto a mis motivaciones para elegir este tema como Trabajo de Fin de Grado podemos encontrar varias. En primer lugar, mi interés por la salud mental ha ido incrementando a medida que he ido adquiriendo conocimientos en este campo, sobre todo tras una estancia en prácticas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico “Lozano Blesa” de Zaragoza.

En segundo lugar, me ha parecido interesante que la depresión posparto sea una patología que afecta solamente a mujeres, por lo que puede considerarse una forma de depresión de género, ya que, excluyendo los orígenes puramente orgánicos, asumir el rol de la maternidad/paternidad afecta a ambos miembros de la pareja.

Finalmente, un estudio enfocado a la prevención va a permitir que esta depresión no se cronifique, así como concienciar a la sociedad sobre esta enfermedad, con el fin de que las personas que padecen esta patología sean capaces de pedir ayuda sin sentir miedo o vergüenza.

Es importante remarcar el papel del trabajador social en el ámbito de la salud mental. Como definió la OMS en 1946, la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, por lo que el trabajador social es un agente potenciador y restaurador de la salud, equiparable a otros profesionales de este campo.

En el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social encontramos que uno de los ámbitos de intervención de los trabajadores sociales es el de la salud, y dentro de este subapartado podemos encontrar la atención primaria de salud, los hospitales generales, maternos e infantiles, y la salud mental, entre otros.

Tradicionalmente se ha venido asociando el trabajo social con los servicios sociales, pero no hay que olvidar que su papel también fue muy importante en los hospitales, gracias a figuras como Ida M. Cannon, el Dr. Cabot o Mary Richmond, quienes consolidaron la figura del Trabajador Social Sanitario en el siglo XX.

Me gustaría aprovechar este espacio para agradecer a todas las personas que me han ayudado y orientado a través de todo el proceso, en especial a Yolanda López, mi tutora, por guiarme a través de toda la investigación; a la Dra. Isabel Irigoyen, por la inspiración y orientación; a Carmen Blasco, por acogerme tan bien durante las prácticas y abrir mi mente a esta intensa rama del trabajo social; a todas las matronas que han querido ser partícipes del proyecto; a todos (y todas) los coordinadores de los centros de salud que han firmado la autorización y se han interesado por mi trabajo; al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón, por el honor que me supone que acepten mi investigación; a las embarazadas y futuras mamás del estudio, al Dr. Valero Pérez, a Eva Garcés, a mi familia y amigos, y a todas las personas que me han acompañado en este proceso de aprendizaje.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Los factores y determinantes sociales de la salud

Existen varios factores que pueden influir la salud mental y física de las personas. Siguiendo con el modelo Lalonde, descrito en el año 1974, estos factores se agrupan en cuatro grandes categorías:

- Factores biológicos
- Factores ambientales, tanto físicos como sociales
- Factores relacionados con el estilo de vida y conductas de salud
- La atención médica de la salud y el sistema de cuidado

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, resultado de cómo se distribuye el dinero, el poder y los recursos, tanto a nivel local, como nacional y/o mundial, dependiendo de las políticas adoptadas.

### 2.2 La depresión posparto: definición y prevalencia

Tal y como nos define Navas (2013), la depresión posparto es un tipo de trastorno depresivo que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Se considera depresión posparto a cualquier tipo de enfermedad depresiva que no sea psicótica y que suceda en la madre durante el primer año después del nacimiento del bebé, empezando en la mayoría de los casos entre 4 y 6 semanas después del parto.

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, por ello en el DSM-V no encontramos un apartado propio para la depresión posparto, sino que se sitúa dentro del episodio depresivo mayor, con criterio de especificación de inicio en el periparto. Estos episodios se pueden iniciar durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Sin embargo, según la American Psychiatric Association (2013) la mitad de los episodios de depresión mayor “posparto” comienza antes del parto.

Las mujeres que padecen esta patología con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Dichos episodios del estado de ánimo pueden tener o no características psicóticas. Sin embargo, cabe comentar que el período posparto *“es singular en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior”* (American Psychiatric Association, 2013).

Según Mendoza y Saldivia (2015), la depresión posparto consta de la misma sintomatología que cualquier episodio depresivo mayor y, además, puede acompañarse de ideas obsesivas en relación al recién nacido y su bienestar. Su duración afectará proporcionalmente el vínculo que se crea entre la madre y el hijo, hecho que puede afectar negativamente el desarrollo del bebé, la relación de pareja y a la familia, llevándoles a una mala calidad de vida.

Se trata de la complicación psiquiátrica más frecuente después de dar a luz. Siguiendo con las mismas autoras, se cree que a nivel mundial la prevalencia se sitúa entre un 10 y un 20% de mujeres, si bien es cierto que entre el 60 y el 85% de las madres, aproximadamente, pueden presentar algunos síntomas depresivos en los primeros días del posparto.

Arambú y otros (2008) cifran el número de mujeres con algún tipo de síntoma depresivo entre el 50 y el 90%, y la depresión posparto la sitúan con una prevalencia del 25.8% en nuestro país.

Es por ello que es importante conocer esta patología y diagnosticarla a tiempo con el fin de poder iniciar un tratamiento psicológico, ya que entre algunos de los desenlaces más temidos que nombran estas autoras podemos encontrar el suicidio y el infanticidio.

Respecto a la prevalencia de la depresión posparto, ésta se considera mayor en poblaciones con desventajas sociales y económicas, por lo que resulta evidente que el estatus socioeconómico y la clase social son factores que influyen en la aparición o no de esta patología (Gregorio, Vicuña y Marín, 2003).

La detección precoz de este trastorno es difícil ya que tal y como nos indica Navas (2013), en función de las expectativas sociales las madres deben estar llenas de satisfacción y felicidad, por lo que muchas se mostrarán cautas antes de revelar sus verdaderos sentimientos e incluso muchas de ellas pasarán desapercibidas, provocando que la incidencia del trastorno esté subestimada, y ellas desatendidas.

Siguiendo con la misma autora, un diagnóstico exacto es el primer escalón para poder tratar correctamente la enfermedad, y para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

1. **Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico:** con el fin de descartar fatiga y/o astenia debidas a pérdida de sangre durante el parto, disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del bebé.
2. **La identificación de los grupos de riesgo:** para poder predecir a las pacientes más vulnerables y con una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.
3. **Información-educación:** ofrecerles información adecuada, y crear grupos de apoyo para las madres embarazadas en los que se incluya también a los padres, para tratar temas relacionados con los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras dar a luz.
4. **Relación médico-paciente:** El médico de Atención Primaria debe atender todas las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y debe ser capaz de distinguir lo que es debido al proceso de adaptación al cambio y lo que puede considerarse como indicios de un cuadro depresivo.

## 2.3 Factores de riesgo

Un hecho importante a tener en cuenta es que los factores que se han asociado mayoritariamente a la aparición de la depresión posparto son de tipo psicosocial. Alvarado y otros (2000) sintetizaron algunos de estos factores, que se enumeran a continuación:

**TABLA 1. FACTORES DE RIESGO**

Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Embarazo en adolescentes</li><li>• Embarazo en mujeres mayores de 35 años</li><li>• Ciertos rasgos de personalidad</li><li>• Antecedentes personales de cuadros depresivos</li></ul>

### Factores de riesgo

- Intentos suicidas
- Historia familiar de cuadros depresivos y/o parasuicidio
- Cuadro depresivo durante el embarazo
- Problemas con los padres
- Sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo
- Mala relación de pareja
- Pobre apoyo del cónyuge durante el posparto.

Fuente: Elaboración propia a partir de Alvarado y otros (2000)

Otros autores como Martínez y otros (2001) enumeraron también factores como complicaciones obstétricas durante el embarazo o el parto, si es un embarazo planeado o no, el apoyo social con el que se cuenta, dificultades en la lactancia, mala salud del recién nacido o bebé difícil de cuidar, entre otros.

Sin embargo, y siguiendo con el trabajo de Mendoza y Saldivia (2015), pese a conocer la influencia de todos estos factores de riesgo psicosociales, existe una alta probabilidad de sub-diagnóstico, que puede vincularse con estos tres factores:

1. Una mayor atención al bienestar del bebé en este período;
2. Para la mujer es difícil asumir y priorizar su condición emocional;
3. El estigma, la vergüenza y el temor a la crítica.

Estos factores resultan de vital importancia porque todos ellos vendría por las altas expectativas de perfección del rol materno como un estresor adicional, el miedo a ser criticada ya que, tal y como expone Medina-Serdán (2013), la aparición de estas patologías suele atribuirse a la escasa capacidad de la madre, su falta de fortaleza y poca determinación.

Martínez et al (2001) hablan de los sentimientos que aparecen junto con la depresión posparto, y es que muchas mujeres sienten culpa cuando surgen estos síntomas ya que socialmente se considera que la maternidad es una etapa de la vida que siempre implica felicidad, por lo que estas mujeres se mostrarán reacias a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos hacia el niño por miedo al rechazo de su entorno en particular, y de la sociedad en general.

Siguiendo en esta línea, Medina-Serdán (2013) habla de la presión que ejerce la familia o los amigos de la mujer, llegando incluso a manipularla directa o indirectamente para que no verbalice estos sentimientos negativos, hecho que produce que se intensifiquen los síntomas o se cronifique la situación.

Otro de los factores que puede influir en la aparición de la depresión posparto y en la creación de un vínculo poco sano con el bebé son las creencias maternas acerca del desarrollo del niño, refiriéndonos a la ideología que gira en torno a la maternidad en relación a la crianza y la educación de los hijos.

Algunos investigadores como Palacios (1987) clasifican estas ideas preconcebidas de las madres en dos tipos muy diferenciados: madres con ideas evolutivo-educativas modernas, y madres con ideas evolutivo-educativas tradicionales.

Por un lado, en el primer grupo podemos encontrar madres muy informadas respecto a la maternidad, con un calendario madurativo ajustado, y situando la independencia como meta educativa.

Por otro lado, en el segundo grupo encontramos madres menos accesibles a las señales del bebé durante la interacción cara a cara y poco informadas, con argumentos innatistas, perspectivas del calendario evolutivo más tardías, y que fomentan en los niños mayor dependencia de los adultos a través de prácticas coercitivas (Curti, Izquierdo, Paolantonio y Faas, 2015).

Finalmente, otro de los importantes factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de la depresión posparto es la idea que gira en torno a la maternidad nuestra sociedad.

Tal y como nos expone María Elisa Molina (2006), la noción de maternidad ha ido evolucionando a lo largo de la historia a medida que han ido cambiando los roles de la mujer ya que, a través de la incorporación del sexo femenino al mundo laboral, encontramos notables diferencias con etapas anteriores en lo que se refiere a la construcción de la familia, en el número de hijos, e incluso podemos hablar de la postergación de la maternidad.

Sin embargo, el nivel de exigencias hacia la mujer en el entorno de la familia sigue siendo prácticamente el mismo, pese a la consideración de la crianza como una tarea colectiva en la que se incluye a la pareja cada vez más.

La maternidad ha estado considerada como un proceso por el que debe pasar toda mujer ya que forma parte de su identidad de género. Actualmente, y siguiendo con Molina (2006), la apertura de posibilidades para la mujer hace que éstas empiecen a considerar la función materna como menos positiva y menos atractiva que en otras épocas, llegando incluso a considerar a los hijos como una carga que puede interferir en las motivaciones de realización profesional.

Este tipo de ideas y percepciones choca con el constructo social considerado como aceptable hasta ahora, haciendo que aparezcan sentimientos de culpabilidad, insuficiencia, e incluso de inseguridad en torno a la propia identidad.

Por todo ello, podemos encontrarnos con madres con un exceso de responsabilidad y confusión frente a los múltiples roles que deben desempeñar, ya sea en el ámbito profesional y laboral como social o familiar.

## 2.4 Sintomatología de la depresión posparto

Como mencionan algunos autores como Martínez y otros (2001), siguiendo las indicaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana, las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presentan una gran ansiedad, crisis de angustia, desinterés por el nuevo hijo, insomnio, llanto espontáneo, etc. Esta sintomatología persiste meses después de lo que suele durar la tristeza posparto pasajera.

Otros investigadores como Pitt (1973) añaden a la sintomatología características como fatiga, irritabilidad hacia el marido y otros niños, ansiedad específica sobre el bebé, falta de apetito, insomnio, falta de interés por el sexo y desmoralización.

Esta sintomatología puede aparecer desde los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses, tal y como nos exponen Arambú y otros (2008).

A continuación, se presenta un cuadro con los principales síntomas que aparecen en la depresión posparto, elaborado a partir de la información extraída del artículo de Erica Medina-Serdán (2013):

TABLA 2. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN POSPARTO

Principal sintomatología en la depresión posparto
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de ánimo deprimido</li><li>• Tristeza o llanto persistentes</li><li>• Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades</li><li>• Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)</li><li>• Cansancio o fatiga crónica</li><li>• Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico</li><li>• Sentirse abrumada, indefensa e incapaz</li><li>• Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre y sentimientos de culpa.</li><li>• Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma</li><li>• Irritabilidad</li><li>• Problemas de atención, concentración y memoria</li><li>• Dificultad para vincularse con el bebé</li><li>• Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo</li><li>• Sobreprotección del menor</li><li>• Dificultades en la lactancia</li><li>• Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido</li><li>• Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionadas con el hijo (p.ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p.ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos)</li><li>• Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar</li><li>• Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé</li><li>• Pensamientos atemorizantes</li><li>• Ideación suicida</li></ul>

Fuente: Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto de Medina-Serdán (2013)

## 2.5 Tratamiento de la depresión posparto

Tal y como indica Navas (2013) en su artículo, las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son las multifactoriales que incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a asociaciones y grupos de autoayuda, combinadas con fármacos antidepresivos, la reducción de estresantes psicosociales en la medida de lo posible, y, en los casos más graves, terapia electroconvulsiva (TEC) u hospitalización, aunque únicamente en casos excepcionales.

Según Arranz y otros (2008), existen cuatro modelos terapéuticos de consenso internacional, que son los siguientes:

### Farmacológico

**Antidepresivos:** Principalmente con fluoxetina. Tiene un efecto positivo con pacientes con depresión posparto moderada.

**Ansiolíticos:** Sobre todo cuando encontramos problemas de sueño que perturban el funcionamiento de la madre. Combinados con los antidepresivos.

**Terapia hormonal:** Se indican estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica para contrarrestar los efectos desestabilizantes de los esteroides gonadales en el estado de ánimo. El estrógeno combinado también ha resultado ser útil. Sin embargo, existen efectos secundarios que limitan su indicación.

### Psicosocial

Entre los diversos enfoques psicoterapéuticos está la terapia cognitivo-conductual, indicada para la depresión posparto por su capacidad modificadora en breves períodos de tiempo. Esta terapia se basa *“en el cambio de la premisa que tiene la paciente de la distorsión de la realidad, ocasionada por los pensamientos negativos que la persona tiene de sí misma, del futuro y del mundo”* (Arranz y otros, 2008).

Se recomienda también que el terapeuta fomente el refuerzo de las redes de apoyo (*social support*), promoviendo la involucración y la ayuda en los cuidados del menor por parte de la pareja y familiares cercanos, sin intruir en la intimidad de la madre.

### Físico

Según Arranz y otros (2008), para reducir los grados de depresión puede resultar muy útil el ejercicio físico y de relajación, al igual que la fototerapia. Este tipo de actividades ayudan a la madre a obtener una sensación de bienestar y tranquilidad.

### Internamiento en habitación conjunta (madre-hijo)

Este método tiene ventajas importantes como promover el *“acercamiento sin temor de la madre a su hijo, encauzar a la madre a que encuentre su rol de manera natural y, al mismo tiempo, se promueve y se da apoyo a la pareja y a los familiares cercanos”* (Arranz y otros, 2008). Sin embargo, los ingresos hospitalarios se producen en situaciones muy puntuales en las que existe un grave riesgo para la vida de la madre o la del bebé.

## 2.5.1 Abordaje multidisciplinar

El enfoque de tratamiento es holístico, por lo que podemos encontrar un amplio despliegue de profesionales que se encargan del proceso terapéutico como podrían ser psiquiatras, ginecólogos, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermeros y trabajadores sociales. Se trata de proporcionar un tratamiento adecuado y centrado en todas las áreas de funcionamiento de la paciente que se han visto afectadas.

### El trabajador social dentro del equipo multidisciplinar

En este apartado, es importante remarcar la labor del trabajador social en el ámbito de la salud mental, ya que es el profesional que debe trasladar *“la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc., que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realiza la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento”* (Díaz, E., 2002, citado por Garcés, E., 2010).

Siguiendo con Garcés (2010), respecto a las funciones del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar podemos encontrar tres grandes grupos: la función de atención directa, la función preventiva, de promoción e inserción social y la función de coordinación.

En el primer grupo relacionado con la función de atención directa encontramos tareas determinadas como el análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo o de necesidades, la valoración socio familiar, el diagnóstico social, la planificación de la intervención social y la discusión del caso con el equipo profesional.

Algunas de las actividades más específicas que puede realizar el trabajador social son acompañamiento en el proceso de cambio, entrevistas, informar y orientar sobre alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre, seguimiento y evaluación de la intervención, visitas domiciliarias, apoyo y contención de las familias, etc.

En el segundo grupo, encontramos las funciones de prevención, promoción e inserción social que, según Garcés (2010), se realizan con el fin de obtener la adecuación personal al medio social y familiar, mediante la integración del paciente a través de recursos normalizados, recursos específicos para el colectivo de personas con un problema de salud mental, y el fomento de la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familias y afectados, etc.

Finalmente, en el tercer grupo encontramos la función de coordinación, ya que es el encargado de integrar lo social en relación a la salud mental, siendo esto sumamente necesario al ser una exigencia básica de la atención integral de la salud.

## 2.6 Consecuencias de la depresión posparto

Tal y como nos exponen Arranz y otros (2008), entre las consecuencias negativas de la depresión posparto encontramos factores como falta de bienestar del bebé, tristeza, angustia y desesperación de la madre, conflictos familiares o psicosociales y, en muchos casos, problemas que oscilan desde moderados a graves en el desarrollo infantil.

Esta patología, y siguiendo con los mismos autores, genera en la madre pensamientos negativos relacionados con considerarse a sí misma como inútil, inadecuada, deficiente, insuficiente, incapaz y con falta de voluntad. Además, pueden aparecer frecuentemente sentimientos de ambivalencia hacia el bebé, la pareja y la familia.

Por otro lado, según el estudio presentado por Curti, Izquierdo, Paolantonio y Faas (2015), si la madre padece una depresión posparto y además posee creencias tradicionales sobre el desarrollo del niño podría generarse un vínculo poco saludable.

Estas mujeres utilizan estrategias de apego inseguras, generando conductas de evitación y distanciamiento en el niño, e incluso llegan a disminuir significativamente el contacto corporal con el bebé. Además, tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, y pueden llegar a mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna.

Finalmente, se ha demostrado que padecer una depresión en el período posparto puede propiciar la aparición de trastornos depresivos en etapas posteriores de la vida de la mujer.

En conclusión, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos, la depresión posparto no sólo influye en la salud de la madre sino que tiene un efecto importante en la propia salud del neonato, ya que es considerablemente frecuente que éste sufra diversas formas de rechazo, abandono o alejamiento afectivo por parte de su madre, y debemos tener en cuenta que depende completamente de sus cuidados.

Además, el sufrimiento emocional que conlleva este trastorno provoca un deterioro importante en la calidad de vida de la madre y, al ser tan limitante, afecta a todas sus áreas de funcionamiento y no sólo a nivel individual o familiar.

## 2.7 Prevención de la depresión posparto

La Organización Mundial de la Salud delimita tres niveles de prevención distintos: primario, secundario y terciario, implicando estos diferentes técnicas y objetivos. No son incompatibles entre sí, sino que se complementan al utilizarlos de forma conjunta, mejorando la calidad de vida de la sociedad.

El nivel primario evita la adquisición de la enfermedad, es decir, previene la enfermedad en personas sanas. Por otro lado, el nivel secundario se encarga de detectar la enfermedad en estadios precoces para evitar su progresión y/o posibles complicaciones. Finalmente, la prevención terciaria comprende las medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de la patología.

Lo más eficaz y eficiente tanto para el sistema sanitario como para las madres sería implementar medidas de prevención primaria o secundaria, ya que a través de la psicoeducación y detección de las posibles madres “en riesgo” se puede evitar, en la medida de lo posible, el desarrollo de la enfermedad o su agravamiento.

Conociendo los factores de riesgo de la depresión posparto, la prevención podría ir orientada en tres direcciones distintas.

En primer lugar, y desde el nivel primario, a través de los controles que se realizan durante el embarazo tanto desde ginecología como desde la matrona se podría tratar de detectar a las madres más vulnerables y realizar una derivación a la trabajadora social del centro de salud, con el fin de poder hacer un seguimiento durante el embarazo y a posteriori, y derivar a la madre a recursos de apoyo, acompañamiento o participación social como grupos de ayuda mutua o asociaciones pro-salud mental.

En segundo lugar, también desde el nivel primario, se podrían realizar campañas de psicoeducación que ayuden a entender la maternidad de una forma más realista, tratando de evitar los mitos y las altas expectativas, con el fin de evitar la angustia que aparece al tener sentimientos negativos hacia el proceso y hacia el propio bebé, y ayudando a las madres a pedir ayuda sin mostrarse tan reticentes por un posible rechazo de la sociedad.

Finalmente, y desde el nivel secundario, se puede preparar a los profesionales que tratan con las madres después del parto como el médico de atención primaria, el pediatra, etc., para que sean capaces de detectar los primeros síntomas de la enfermedad sin desestimarlos, y puedan realizar la correspondiente derivación a psiquiatría para iniciar el tratamiento necesario, evitando así la cronificación de la depresión y el sufrimiento tanto de la madre como del bebé y el entorno.

En conclusión, existen diversas formas de intentar evitar que una madre padezca depresión posparto tras el nacimiento de su bebé, aunque no tienen resultados a corto plazo.

Concienciar a la sociedad para que tolere las enfermedades mentales igual que el resto de patologías es complicado, al igual que deconstruir todas las ideas que giran en torno al género femenino y la maternidad. Sin embargo, la detección de las madres “de riesgo” o el diagnóstico temprano son formas útiles de evitar el desarrollo de la enfermedad o de posibles complicaciones.



## 2.8 Otros Trastornos del estado de ánimo del posparto

### 2.8.1 Tristeza posparto o *baby blues*

Es importante remarcar que el *baby blues* y la depresión posparto no son la misma patología. Según Martínez y otros (2001), es habitual que se produzca la denominada tristeza posparto, *maternity blues* o *baby blues* durante los diez primeros días tras el parto.

Según Navas (2013), es el síndrome más leve y más frecuente durante el posparto. Es pasajero, no dura más de dos semanas y se caracteriza por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es esperable después del parto.

Algunos autores como Victoroff (1952) comparan este estado emocional con el síndrome premenstrual, ya que coinciden con la labilidad emocional acompañada por llanto, irritabilidad, ansiedad, hipocondriasis e insomnio.

Es conveniente diferenciar el *baby blues* o *maternity blues* de la depresión posparto. El primero se trata de un cuadro autolimitado, leve y transitorio del humor, *“que no afecta consistentemente la habilidad de la madre para actuar en su vida habitual”* (Arambú y otros, 2008).

Al ser pasajera y no tener consecuencias a largo plazo, no suelen ser necesarias intervenciones psiquiátricas más allá de un control posterior para garantizar que los síntomas remiten y no evolucionan hacia una complicación como la depresión posparto.

### 2.8.2 Psicosis posparto

Esta patología es la más grave, aunque la menos habitual. Se produce en 1-2 de cada 1000 nacimientos y se suele iniciar de 48 a 72h después del parto, y rara vez más allá de las 4 semanas.

Tal y como nos indica Navas (2013), el cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maníacos, depresivos o bien mixtos.

En sus formas más graves puede implicar un serio riesgo para la vida de la madre y/o del bebé. *“Se caracterizan por presentar una sintomatología desigual a lo largo del tiempo incluyendo alucinaciones, delirios y estados de confusión”* (Martínez y otros, 2001).

Algunos de los síntomas de la psicosis postparto que nos comenta Medina-Serdán (2013) en su artículo son tales como fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y el estupor, alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, oscilaciones desde la verborrea hasta el mutismo, falta de contacto con la realidad, delirios y/o alucinaciones, hostilidad, irritabilidad, conducta desordenada y, en los casos más extremos, infanticidio.

El tratamiento consta básicamente de fármacos antipsicóticos, por lo que la lactancia debe interrumpirse en algunas ocasiones, ya que algunos antipsicóticos están contraindicados con la lactancia materna. Por otro lado, la terapia electroconvulsiva suele ser efectiva también.

## 3. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 3.1 Justificación

La depresión posparto es una patología que afecta a un porcentaje elevado de madres en nuestro país, muchas de las cuales sufren la enfermedad sin pedir ayuda por miedo al rechazo que genera dicho trastorno en la sociedad, y por temor a que se las considere peores madres o mujeres débiles.

Sin embargo, pese a ser un trastorno tan extendido encontramos pocos trabajos que investiguen esta patología concreta. De la literatura existente, la mayor parte se centra en determinar de forma más exacta la prevalencia de esta enfermedad, y no tanto en cómo se puede prevenir o cuáles son los factores que inciden en su aparición.

Como hemos visto, muchos autores coinciden en que su origen es de tipo psicosocial, por lo que la prevención pasaría por una mayor concienciación de la sociedad, una visión menos utópica de la maternidad y una mayor aceptación de las patologías que influyen en la salud mental.

Por todo lo comentado anteriormente, la presente investigación se ha enfocado en estudiar la relación entre las preocupaciones psicosociales y clínicas que aparecen durante el embarazo, las creencias que existen sobre el proceso en sí mismo, y las percepciones que tienen las mujeres sobre la maternidad, y todo ello en relación a la aparición de la depresión posparto.

Estas áreas de intervención son propias del trabajo social sanitario, cada vez más presente en hospitales e instituciones, y que según Amaya Ituarte (1992) se define como la actividad profesional que investiga *“los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas”*.

Con un mayor conocimiento de los factores psicosociales que influyen en esta tipología concreta de trastorno, se podrían elaborar planes de asistencia mucho más holísticos en el que se trabajen todos los aspectos que inciden en la enfermedad, y no sólo los fisiológicos, aportando una intervención de mayor calidad, que suponga una mejora de los cuidados prestados, reduzca la probabilidad de una cronificación de la situación y disminuya los gastos en la asistencia sanitaria.

### 3.2 Objetivo general de la investigación

El objetivo general de esta investigación es poder conocer las creencias y percepciones de las madres primíparas en torno a la maternidad y a la depresión posparto, y cómo dichos factores influyen en el desarrollo de la depresión posnatal.

### 3.3 Objetivos específicos

1. Conocer las expectativas que tienen las madres sobre su maternidad.
2. Estudiar la influencia de las preocupaciones durante el embarazo.
3. Analizar el nivel de satisfacción con el parto.
4. Evaluar la prevalencia de una posible depresión posparto en la muestra del estudio, relacionándola con las expectativas y preocupaciones.

### 3.4 Hipótesis

1. La presencia de creencias irracionales e idealizadas sobre la crianza y la maternidad se vinculará con una mayor incidencia de depresión posparto.
2. La presencia de elevadas preocupaciones durante el embarazo se relacionará con una disminución de la satisfacción respecto al parto y con un incremento de la posibilidad de desarrollar depresión posparto.
3. Las creencias irracionales e idealizadas sobre el parto modificarán de manera negativa la percepción del impacto del nacimiento del bebé.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño

Estudio descriptivo longitudinal en el que se recogió información de 50 embarazadas primíparas pertenecientes a los Sectores Sanitarios II y III de Aragón en dos momentos: durante el último trimestre del embarazo y dos meses después de dar a luz, con el fin de detectar cambios en las opiniones y las percepciones de las madres en el período después del parto, así como un posible desarrollo de depresión posparto.

### 4.2 Procedimiento

Los datos se obtuvieron a través cuestionarios en aquellas participantes que, tras explicarles en detalle la investigación y su procedimiento por parte de la investigadora del estudio, accedieron a participar y otorgaron el consentimiento informado de participación en el mismo.

La primera recogida de datos, que constituye la primera fase, se realizó en futuras madres que acudían a las visitas programadas con las matronas de los centros de salud de Delicias Sur, Delicias Norte, Torrero – La Paz, Valdefierro, Valdespartera, Oliver y Miralbueno. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y contacto de las participantes en el estudio y se utilizaron dos escalas distintas para obtener información. Por un lado, se utilizó la *Cambridge Worry Scale* (CWS) con el fin de dar respuesta al objetivo específico número dos: estudiar la influencia de las preocupaciones en relación a variables clínicas, y socioeconómicas durante el embarazo. Por otro lado, se aplicó una escala realizada por el equipo de investigación para conocer las expectativas sobre la maternidad y dar respuesta al primer objetivo específico.

La segunda fase del estudio se realizó a las mismas mujeres tras dos meses de convivencia con el neonato, de forma telefónica u online por su comodidad. Se utilizó la *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCRS) para conocer su nivel de satisfacción con el parto y cumplimentar el objetivo específico número tres, y se realizó también un *screening* a través de la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) para conocer la proporción de mujeres que desarrollaron una depresión posparto, y dar respuesta al objetivo específico número cuatro: evaluar la prevalencia de una posible depresión posparto en la muestra del estudio, relacionándola con las expectativas y preocupaciones.

Respecto a esta última escala, cabe comentar que no es un sustitutivo de un diagnóstico médico y, en caso de dar resultados significativos, se remitió la paciente al médico de atención primaria para su estudio y correcto diagnóstico y tratamiento.

Criterios de inclusión: tener 18 años o más, estar embarazada, encontrarse en el tercer trimestre de gestación, ser primípara y tener un conocimiento correcto del español.

Criterios de exclusión: existencia de una patología fetal que pueda producir una interrupción del embarazo, haber padecido una depresión en los últimos 6 meses.

En caso de abandono de la investigación, no se contactó con otra participante ya que existen períodos de tiempo preestablecidos que se verían alterados.

## 4.3 Cuestiones éticas

Al tratarse de una investigación clínica que requería tanto de la participación de pacientes como del manejo de sus datos personales, se tuvieron que tener en cuenta varios aspectos éticos como son la confidencialidad y el anonimato. Por ello, sus nombres y datos personales han sido codificados durante el registro de los resultados y éstos no se pueden relacionar con las participantes.

Para asegurarse de que se respetaran dichas cuestiones éticas y se cumplía con la Ley de Protección de Datos y la Ley de Investigación Biomédica, se necesitó la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), organismo encargado de evaluar todos los aspectos éticos, metodológicos y legales de todos los proyectos de investigación realizados en Aragón.

Por todo ello, se presentó ante el CEICA un protocolo de investigación, junto con los cuestionarios que cumplimentaron las pacientes, el consentimiento informado que debieron firmar para poder participar, las autorizaciones de las matronas y de los coordinadores de los distintos centros de salud en los que se captaron voluntarias para el estudio, y del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza, y la solicitud firmada tanto por la tutora de este trabajo de fin de grado, como por la colaboradora del área de psiquiatría del Clínico, y por la estudiante encargada de la realización del trabajo.

Tras la evaluación tanto del proyecto como de toda la documentación solicitada por parte del CEICA, el día 15 de marzo de 2017 dicho Comité emitió dictamen favorable (ver Anexo 7) a la realización de este proyecto y se empezó con la recogida de datos.

## 4.4 Variables e instrumentos

### 4.4.1 Variables sociodemográficas

Se elaboró un breve cuestionario para obtener aquellos datos sociodemográficos de las mujeres participantes en el estudio. Concretamente, se recogieron los siguientes datos:

- Datos sociodemográficos:
  - Fecha de nacimiento de la madre y del bebé.
  - Estado civil.
  - Convivencia.
  - Nivel de estudios (ninguno, primarios, secundarios, universitarios).
  - Situación laboral y tipo de contrato.
  - Nivel de ingresos.
  - Apoyo familiar durante el embarazo, y su valoración.
- Datos clínicos:
  - Semanas de gestación en el momento de cumplimentar los cuestionarios.
  - Nacimiento antes de las 37 semanas y bajo peso al nacer.
  - Complicaciones obstétricas (cesárea, ventosa...)
  - Lactancia materna.

### 4.4.2 Variables clínicas

- Depresión posparto

### 4.4.3 Variables psicológicas

- Preocupación
- Expectativas
- Creencias

## 4.5 Instrumentos

- Cuestionario de obtención de datos sociodemográficos. Diseñado por el equipo investigador para obtener las variables sociodemográficas mencionadas en el apartado anterior.
- Cambridge Worry Scale. Desarrollada por Green, Kafetsis, Statham y Snowdon. Muestra una serie de situaciones que suelen preocupar en distinto grado a las mujeres embarazadas, a mayor puntuación obtenida, mayor preocupación. Se ha utilizado la adaptación española de J.F Carmona.
- Escala Expectativas sobre la maternidad. Escala diseñada por el equipo investigador, mide las creencias, autopercepciones y expectativas de la mujer respecto la maternidad, la depresión posparto y un posible desarrollo de la patología.
- Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Desarrollada por Mackey y Goodman, consta de 36 ítems en la versión española, que abarca diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento, mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y con el nacimiento de un hijo. Esta escala se ha utilizado también en varios estudios en Gran Bretaña, Bélgica y Holanda.
- Edinburgh Postnatal Depression Scale. Desarrollada 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 posparto. Un valor inferior a 10 implica que no existe riesgo de padecer depresión posparto, si el resultado oscila entre 10 y 12, la mujer se encuentra en el límite, y si sobrepasa los 13 puntos, existe una elevada probabilidad de padecer depresión posparto, mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%.

## 4.6 Relación instrumentos y objetivos específicos

**TABLA 3. INSTRUMENTO Y OBJETIVO ESPECÍFICO**

<b>Escala Expectativas sobre la maternidad</b>	1. Conocer las expectativas que tienen las madres sobre su maternidad.
<b>Cambridge Worry Scale</b>	2. Estudiar la influencia de las preocupaciones durante el embarazo.
<b>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</b>	3. Analizar el nivel de satisfacción con el parto.
<b>Edinburgh Posnatal Depression Scale</b>	4. Evaluar la prevalencia de una posible depresión posparto en la muestra del estudio, relacionándola con las expectativas y preocupaciones.

Fuente: Elaboración propia

## 5. CRONOGRAMA

TABLA 4. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN (POR MESES)								
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV
Fase 1 Embarazo: Recopilación de datos sociodemográficos, CWS y cuestionario propio.	X	X	X						
Fase 1: Análisis y procesamiento de los datos		X	X						
Fase 1: Elaboración de las primeras conclusiones			✗	X	X	X			
Fase 2 Parto y Posparto: MCSRS y EPDS.				X	X	X			
Fase 2: Análisis y procesamiento de los datos					✗	✗	X	X	X
Fase 2: Elaboración de las segundas conclusiones.						✗	X	X	X
Resultados y Conclusiones finales							✗	X	X
Coordinación con tutora facultad (semanalmente)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinación con colaboradora del Hospital Clínico – Psiquiatría (mensualmente)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega Trabajo Fin de Grado Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo (22 de setiembre)							✗		X

Leyenda:

Nuevos plazos de las actividades

Actividades que no se han realizado en el plazo

Actividades cumplimentadas en su plazo

Fuente: Elaboración propia

### 5.1 Variaciones

Ante las dificultades para la captación de participantes, la importancia de obtener la máxima participación en ambas fases del estudio, y con el fin de asegurar que sea un estudio mínimamente significativo, la entrega del trabajo se ha visto retrasada hasta el 24 de noviembre.

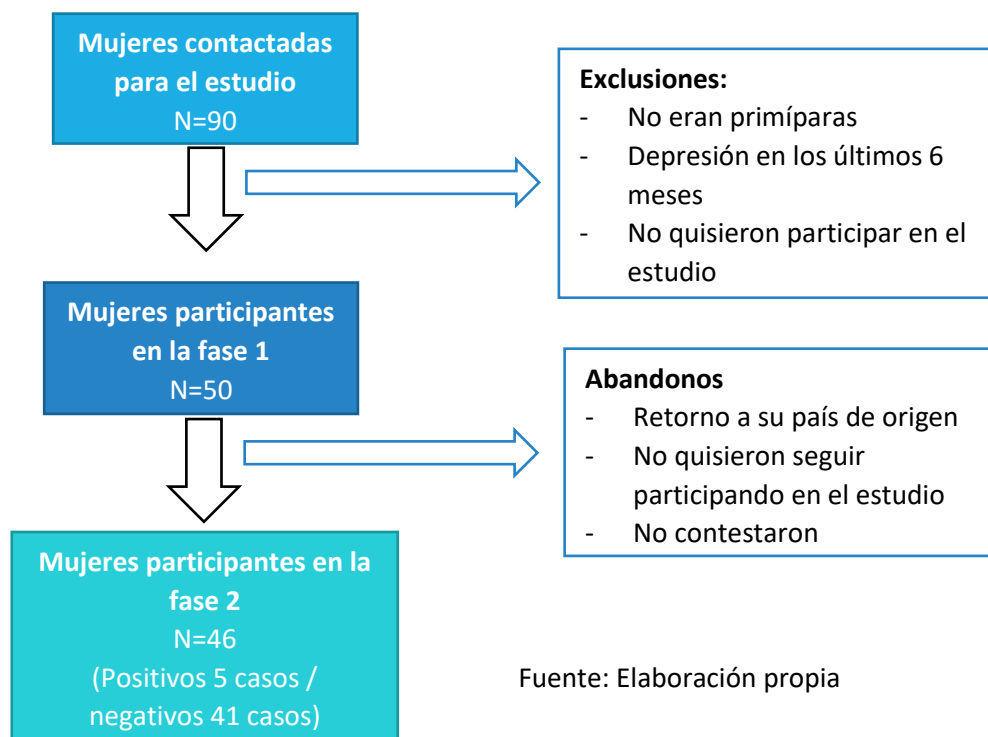
En primer lugar, la recogida de datos de la fase 1 se prolongó hasta finales de junio ya que fue necesario ir contactando con más centros de salud para poder llegar a más embarazadas, ya que no estaba obteniendo el volumen de participantes necesario.

Respecto a la recogida de datos de la fase 2, se ha visto prolongada hasta finales de octubre. Es importante remarcar que, como más tarde se incorporaban las mujeres al estudio, más tarde iban a dar a luz, por lo que su participación en la segunda fase se realizó mucho más tarde en el tiempo que las de las primeras participantes del estudio.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Diagrama de flujo o *flow chart* de las participantes del estudio

GRÁFICO 1. FLOW CHART DEL ESTUDIO



### 6.2 Análisis de los datos sociodemográficos

La muestra de este estudio ha estado formada por un total de 50 mujeres embarazadas residentes en la ciudad de Zaragoza, y pertenecientes a las áreas de salud II o III de Aragón.

Sus edades están comprendidas entre los 21 y los 44 años, siendo 33,48 años la media, con una desviación estándar de 4,39 años (ver Tabla 4). Comparando con la media en España en el año 2016 que se sitúa en los 30,79 años según los datos del INE, podemos comprobar que las mujeres en Aragón tienen su primer embarazo 2,69 años más tarde que la media española.

Respecto a su estado civil, encontramos 49 mujeres casadas o emparejadas y una única madre soltera. Siguiendo con la convivencia, de todas las mujeres, 48 conviven con su pareja, 1 en un domicilio con otros familiares y 1 sola (ver Tabla 5).

En cuanto a su situación laboral, la mayoría son empleadas, concretamente 42 casos. Encontramos en la muestra también 2 amas de casa, 3 desempleadas con subsidio, 2 desempleadas sin subsidio y 1 mujer en otra situación laboral distinta a las anteriormente presentadas.

El tipo de contrato que más predomina en sus lugares de trabajo es el indefinido, situándose en 19 casos; encontramos 13 funcionarias; 7 mujeres están sin trabajo; 1 tiene un contrato temporal de más de 6 meses; 2 un contrato temporal sin especificar la duración; 1 está en una ETT; 1 es autónoma y 6 tienen una relación contractual distinta a las anteriores mencionadas.



Seguendo con los ingresos, 4 mujeres no perciben ningún tipo de ingreso, 5 reciben menos del actual Salario Mínimo Interprofesional, 20 mujeres cobran entre 600 y 1200€, otras 20 se sitúan entre 1200 y 2400€, y 1 percibe más de 2400€ al mes.

Respecto a su nivel de estudios, 10 de las mujeres tenían el graduado escolar, 9 habían alcanzado los estudios secundarios y 31 habían cursado estudios universitarios.

Las mujeres encuestadas se encontraban entre las 27 y las 39 semanas de gestación, situándose la media en las 33,4 semanas, con una desviación estándar de 3,09. De todas las mujeres participantes en el estudio, 48 sí se sentían apoyadas durante el embarazo y 2 no, valorando este apoyo de media en un 4,52 en una escala del 0 al 5.

En la segunda fase se han obtenido datos clínicos de 46 mujeres y se ha podido observar que, de todos los nacimientos estudiados, ninguno se ha producido antes de las 37 semanas, solo 4 bebés han presentado bajo peso al nacer, se han producido 2 cesáreas<sup>1</sup> y 16 partos con complicaciones obstétricas.

De todas estas madres, 26 están alimentando al bebé a través de la lactancia materna, 6 únicamente a través de biberón y 14 combinando ambos métodos.

Finalmente, en lo que refiere a la valoración del apoyo familiar, la media se sitúa en 4,52 puntos, con una leve desviación estándar de 1,129 puntos, por lo que las mujeres del estudio poseen, de forma general, un buen soporte familiar.

**TABLA 5. RESUMEN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ANTES DEL PARTO**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Edad</b>	50	21	44	33,48	4,395
<b>Semanas de gestación</b>	50	27	39	33,40	3,097
<b>Valoración del apoyo familiar</b>	50	0	5	4,52	1,129

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 6. RESUMEN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS ANTES DEL PARTO**

	Frecuencia	%
<b>Estado Civil</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
Casada o emparejada	49	98,0
Soltera	1	2,0
<b>Convivencia</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
Domicilio propio sola	1	2,0
Domicilio propio con pareja	48	96,0
Domicilio de familiares	1	2,0

<sup>1</sup> Los partos con cesáreas han sido excluidos en la aplicación de la escala Mackey

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<b>Situación laboral</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
Ama de casa	2	4,0
Desempleada con subsidio	3	6,0
Desempleada sin subsidio	2	4,0
Empleada	42	84,0
Otros	1	2,0
<b>Tipo de contrato en el trabajo</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
Sin trabajo	7	14,0
Funcionaria	13	26,0
Contrato indefinido	19	38,0
Contrato temporal de más de 6 meses	1	2,0
Contrato temporal sin especificar duración	2	4,0
ETT	1	2,0
Trabaja por su cuenta	1	2,0
Otra relación contractual	6	12,0
<b>Nivel de ingresos</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
0	4	8,0
<SMI (600)	5	10,0
1-2 SMI	20	40,0
2-4 SMI	20	40,0
>4 SMI	1	2,0
<b>Nivel de estudios</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
Graduado escolar	10	20,0
Estudios secundarios	9	18,0
Estudios universitarios	31	62,0
<b>Centro de salud</b>	<b>N=50</b>	<b>100,0</b>
CS Delicias Sur	11	22,0
CS Delicias Norte	9	18,0
CS Miralbueno	10	20,0
CS Torrero – La Paz	8	16,0
CS Oliver	2	4,0
CS Valdefierro	4	8,0
CS Valdespartera	6	12

Fuente: Elaboración propia

TABLA 7. RESUMEN DATOS CLÍNICOS TRAS EL PARTO

	Frecuencia	%
<b>Nacimiento antes de las 37 semanas</b>	<b>N=46</b>	<b>92,0</b>
Si	0	0,0
No	46	92,0
<b>Bebé con bajo peso al nacer</b>	<b>N=46</b>	<b>92,0</b>
Si	4	8,0
No	42	84,0
<b>Alimentación a través de lactancia materna</b>	<b>N=46</b>	<b>92,0</b>
Sí	26	52,0
No	6	12,0
Combinado con biberón	14	28,0
<b>Complicaciones obstétricas en parto</b>	<b>N=46</b>	<b>92,0</b>
Sí	16	32,0
No	30	60,0

Fuente: Elaboración propia.

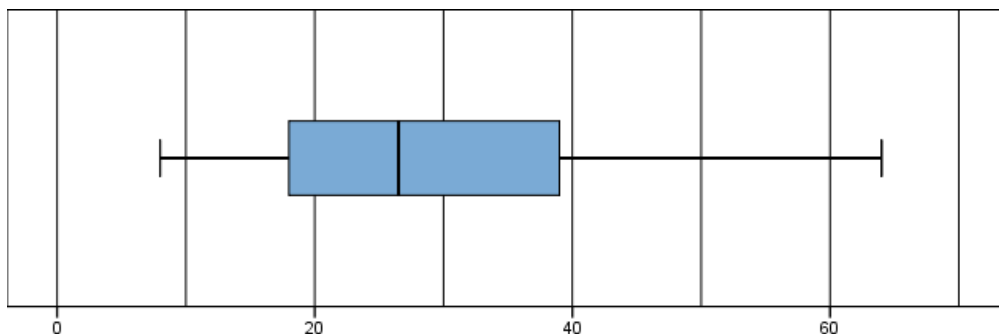
### 6.3 Resultados de la escala sobre preocupaciones en el embarazo *Cambridge Worry Scale*

La escala Cambridge Worry Scale ha sido aplicada a las 50 mujeres participantes en el estudio durante las sesiones de preparación al parto realizadas por las matronas en los distintos centros de salud que han colaborado en la investigación.

La puntuación mínima que se puede obtener en esta escala es de 0 puntos, indicando esto ninguna preocupación, y la máxima es de 80 puntos, mostrando una preocupación absoluta por cada uno de los ítems que aparecen en el cuestionario.

La media general de los resultados ha sido de 29,86, con una desviación estándar de 15,362 puntos, por lo que se sitúa por debajo de la mitad de la puntuación posible, lo que nos indicaría que las mujeres participantes en el estudio presentan en general bajas preocupaciones en relación a los problemas de índole social, económica, laboral y/o clínica que preocupan en distinto grado a las mujeres embarazadas.

GRÁFICO 2. DIAGRAMA DE CAJA CWS

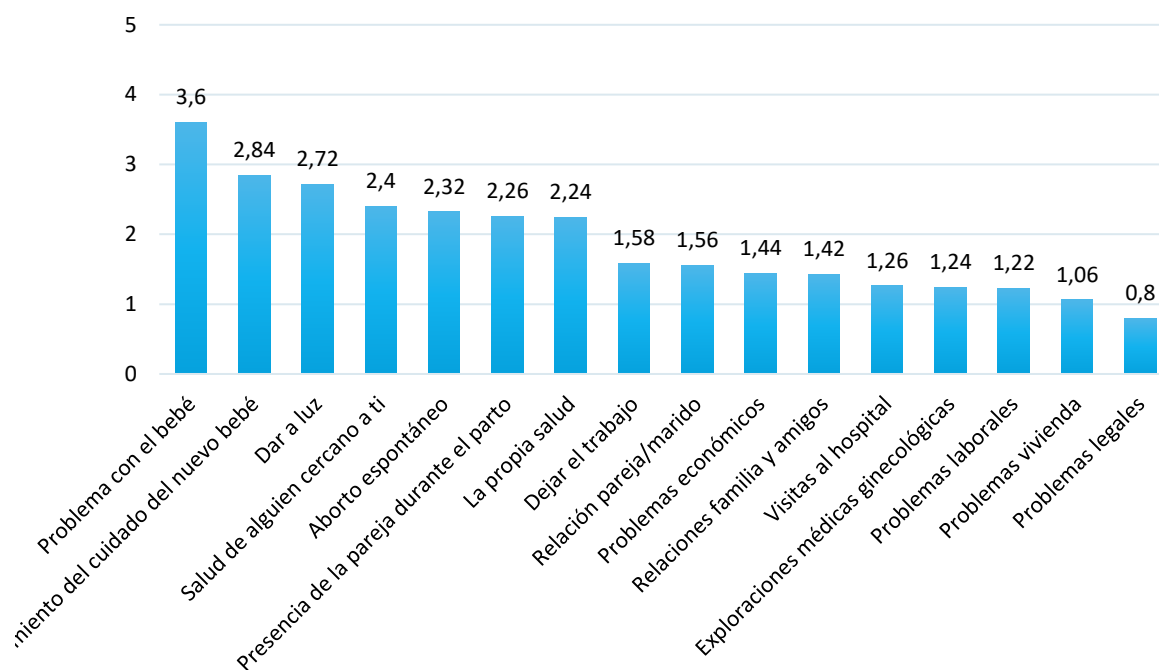


Fuente: elaboración propia

Como vemos en el diagrama de caja (ver Gráfico 2), la puntuación mínima obtenida en este estudio y para esta escala ha sido de 8 puntos, mientras que la puntuación máxima ha sido de 64 puntos, lo que equivale a un rango de 56 puntos, por lo que vemos que las preocupaciones son percibidas de forma muy distinta entre las mujeres participantes. Respecto a la mediana, observamos que está situada en 26,50 puntos.

A continuación, se muestran un gráfico (ver Gráfico 3) y una tabla resumen (ver Tabla 7) de los ítems de la escala *Cambridge Worry Scale* ordenados de mayor a menor preocupación según los resultados obtenidos en la investigación.

**GRÁFICO 3. PUNTUACIÓN MEDIA PARA CADA ÍTEM DE LA CWS**



Fuente: elaboración propia

**TABLA 8. RESUMEN RESULTADOS CAMBRIDGE WORRY SCALE**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Problema con el bebé	50	0	5	3,60	1,525
Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	50	1	5	2,84	1,267
Dar a luz	50	0	5	2,72	1,262
Salud de alguien cercano a ti	50	0	5	2,40	2,040
Aborto espontáneo	50	0	5	2,32	1,942
Presencia de la pareja durante el parto	50	0	5	2,26	1,805

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
La propia salud	50	0	5	2,24	1,393
Dejar el trabajo	50	0	5	1,58	1,715
Relación pareja/marido	50	0	5	1,56	1,842
Problemas económicos	50	0	5	1,44	1,417
Relaciones familia y amigos	50	0	5	1,42	1,642
Visitas al hospital	50	0	5	1,26	1,337
Exploraciones médicas ginecológicas	50	0	5	1,24	1,287
Problemas laborales	50	0	5	1,22	1,489
Problemas vivienda	50	0	4	1,06	1,300
Problemas legales	50	0	5	,80	1,355
<b>Cambridge Worry Scale total</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>64</b>	<b>29,86</b>	<b>15,362</b>

Fuente: Elaboración propia

Analizando los 16 ítems de la escala podemos observar que los problemas legales (0,80), los problemas con la vivienda (1,06) y los problemas laborales (1,22) son los que menos preocupan a las embarazadas del estudio, y que exista algún problema con el bebé (3,60), el afrontamiento del cuidado del recién nacido (2,84) y el hecho de dar a luz (2,72) lo que más, por lo que predomina la preocupación sobre las variables clínicas frente a las socioeconómicas.

Esto nos indica que las madres están muy concienciadas sobre la gestación y la llegada del bebé, ya que sus preocupaciones giran principalmente en torno a la maternidad.

Para valorar la fiabilidad de esta escala, se ha aplicado el Alfa de Cronbach y se ha obtenido un resultado de 0,894, por lo que se ha demostrado una buena fiabilidad ya que como más se aproxime a su valor máximo (1), mayor es la fiabilidad.

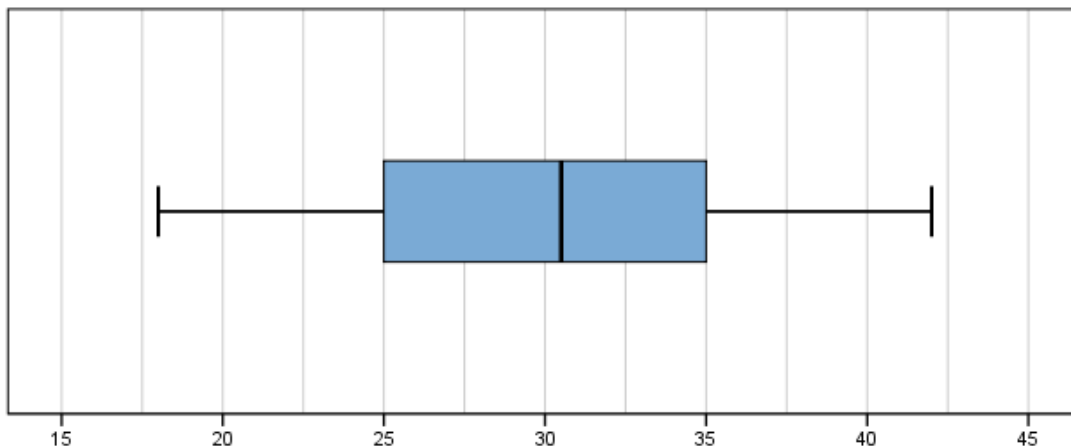
## 6.4 Resultados escala Expectativas sobre la Maternidad

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de la escala que mide las expectativas de las mujeres embarazadas sobre la maternidad que ha sido diseñada para este estudio.

La puntuación que se puede obtener oscila entre los 0 puntos y los 50 puntos. Se presentan una serie de ítems que las mujeres deben valorar del 0 al 5 según las consideren nada ciertas o totalmente ciertas. Dichos ítems están relacionados con algunas de las atribuciones que se realizan a la maternidad en nuestra cultura.

En este estudio, la media obtenida por las 50 mujeres participantes ha sido de 30,42 puntos, lo que nos indicaría que atribuyen unas expectativas medias-altas a la maternidad, ya que superan la mitad de la puntuación obtenible en 5,42 puntos.

**GRÁFICO 4. DIAGRAMA DE CAJA ESCALA EXPECTATIVAS SOBRE LA MATERNIDAD**

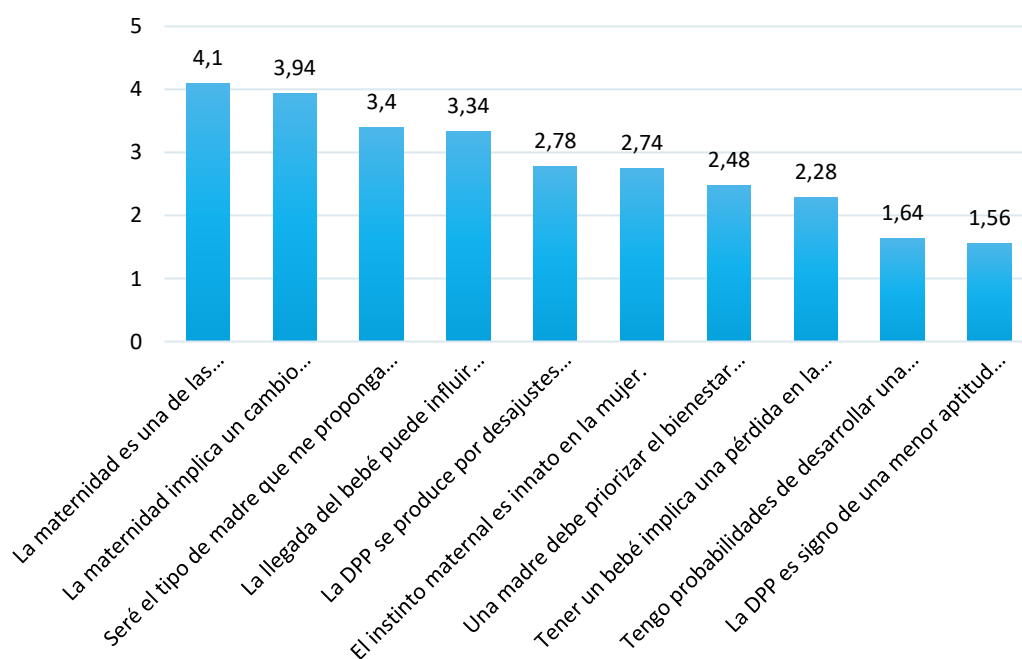


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el diagrama de caja (ver Gráfico 4), la mediana se sitúa en 30,5 puntos, el valor mínimo es de 18 y el máximo 42, por lo que el rango es de 24 puntos.

A continuación, se exponen un gráfico (ver Gráfico 5) y una tabla (ver Tabla 8) que resumen los resultados por cada ítem ordenándolos de mayor a menor, es decir, de lo que las participantes en el estudio consideran más cierto a lo que consideran menos cierto.

**GRÁFICO 5. PUNTUACIÓN MEDIA PARA CADA ÍTEM DE LA ESCALA EXPECTATIVAS SOBRE LA MATERNIDAD**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA 9. RESUMEN RESULTADOS ESCALA EXPECTATIVAS SOBRE LA MATERNIDAD**

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
La maternidad es una de las experiencias más gratificantes en la vida	50	4,10	1,035
La maternidad implica un cambio positivo en la vida de la mujer	50	3,94	1,096
Seré el tipo de madre que me proponga ser	50	3,40	1,050
La llegada del bebé puede influir positivamente la relación de la pareja	50	3,34	1,222
La DPP se produce por desajustes hormonales	50	2,78	1,266
El instinto maternal es innato en la mujer.	50	2,74	1,700
Una madre debe priorizar el bienestar del bebé por encima del suyo	50	2,48	1,515
Tener un bebé implica una pérdida en la calidad de vida de la mujer	50	2,28	1,400
Tengo probabilidades de desarrollar una DPP	50	1,64	1,174
La DPP es signo de una menor aptitud para desempeñar las funciones de la maternidad	50	1,56	1,567
<b>Escala expectativas maternidad total</b>	<b>50</b>	<b>30,42</b>	<b>6,024</b>

Fuente: Elaboración propia

Con estos resultados, observamos que las mujeres participantes en el estudio no creen que las madres con depresión posparto sean menos aptas, por lo que no criminalizan la enfermedad. Por otro lado, no consideran que ellas puedan desarrollar dicha patología.

Observamos también que no están muy de acuerdo en que tener un bebé implique una pérdida de calidad de vida en la mujer, ni que una madre deba priorizar el bienestar del bebé por encima del suyo.

En el ítem que afirma que el instinto maternal es algo innato y que la depresión posparto se produce por desajustes hormonales aparecen las primeras discrepancias al aproximarnos a los 2,5 puntos. Podemos deducir entonces que algo más de la mitad de mujeres considera que la depresión posparto es algo puramente biológico mientras que el resto cree que es algo puramente psicosocial. Por otro lado, sobre el instinto maternal vemos que la media está en 2,74 puntos, levemente por encima de la mitad.

Las mujeres participantes en el estudio han atribuido una puntuación media de 3,34 puntos al ítem que afirma que la llegada del bebé puede influir positivamente en la relación de pareja. Y con una puntuación parecida, consideran que serán el tipo de madre que se propongan ser.

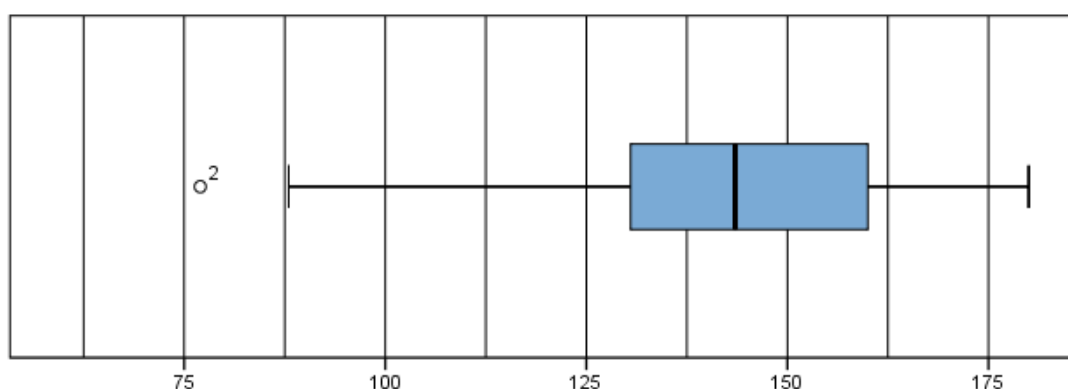
Finalmente, los ítems “la maternidad implica un cambio positivo en la vida de la mujer” y “la maternidad es una de las experiencias más gratificantes en la vida” son las que han obtenido puntuaciones más altas con 3,94 y 4,10 puntos respectivamente, difiriendo totalmente con los sentimientos y sensaciones que perciben las madres que padecen depresión posparto.

## 6.5 Resultados escala satisfacción con el parto Mackey

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Mackey, que mide la satisfacción de las madres con el parto. Está dividida en varios subapartados: obstetra, matrona, dilatación, expulsivo, recién nacido y acompañante y confort. La puntuación que se puede obtener oscila entre los 0 y los 180 puntos.

En este estudio, la media obtenida por las 44 mujeres participantes ha sido de 140,82 puntos, lo que nos indica una buena satisfacción con el parto.

**GRÁFICO 6. DIAGRAMA DE CAJA ESCALA SATISFACCIÓN CON EL PARTO MACKEY**



Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el diagrama de caja (ver Gráfico 6), la mediana se sitúa en 143,50 puntos, el valor máximo obtenido es de 180 puntos, y el mínimo 77, con un rango de 103 muy elevado, de 103 puntos. Encontramos también que aparecen dos valores atípicos que revelarían puntuaciones extremadamente bajas respecto a la satisfacción con el parto.

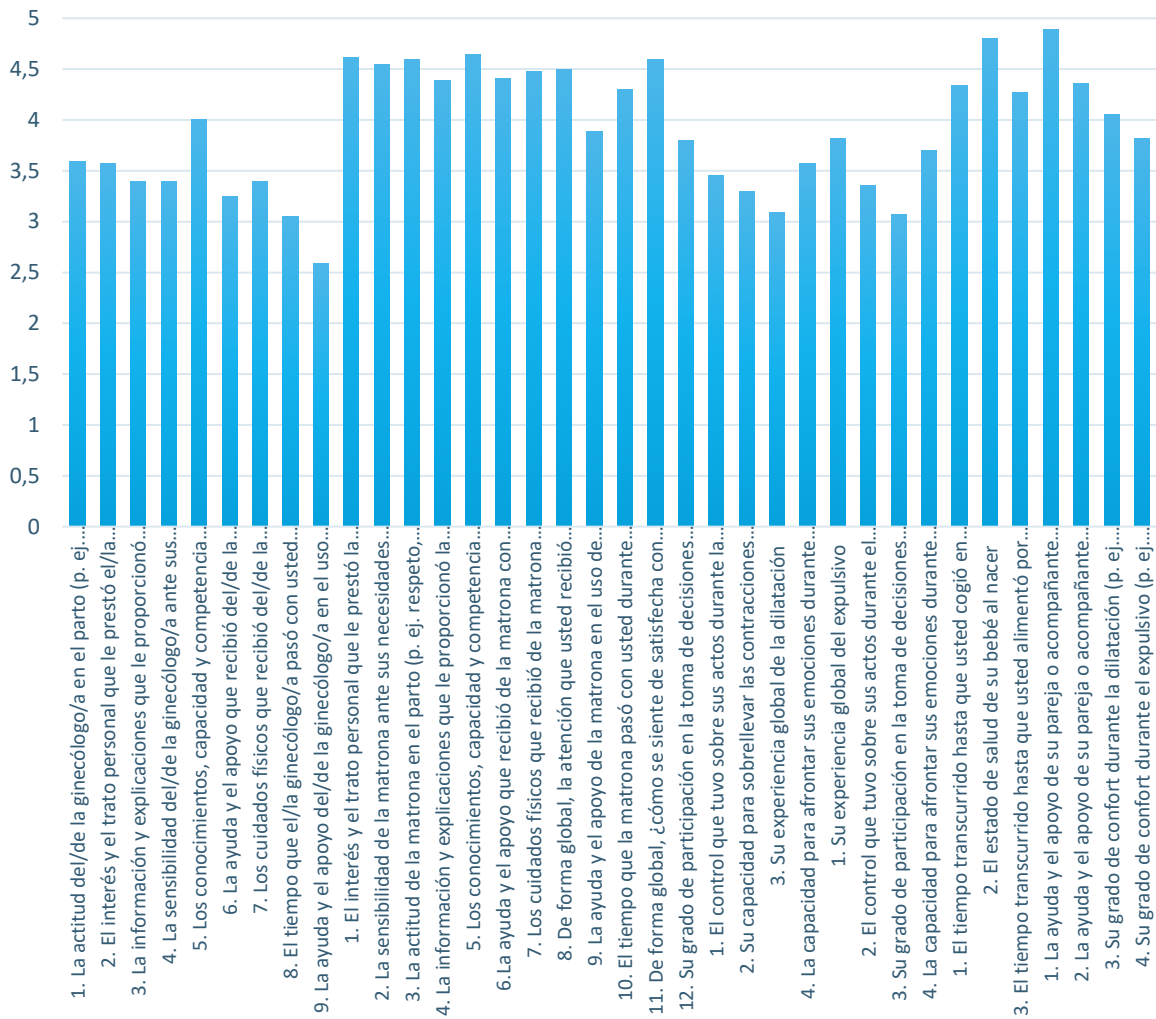
Es importante remarcar que, de las 46 mujeres participantes en la segunda fase, dos de ellas fueron descartadas en esta escala por haber tenido un parto por cesárea, y es por este motivo que sólo aparecen registrados 44 casos.

Para valorar la fiabilidad de esta escala, se ha aplicado el Alfa de Cronbach y se ha obtenido un resultado de 0,931, por lo que se ha demostrado una buena fiabilidad ya que como más se aproxime a su valor máximo (1), mayor es la fiabilidad.

A continuación, se exponen un gráfico (ver Gráfico 7) y una tabla (ver Tabla 9) que resume los resultados por cada ítem y subapartado, junto con la puntuación media y la desviación estándar.



**GRÁFICO 7. PUNTUACIÓN MEDIA PARA CADA ÍTEM ESCALA SATISFACCIÓN CON EL PARTO MAKEY**



Fuente: elaboración propia

**TABLA 10. RESUMEN RESULTADOS ESCALA DE MACKEY**

	N	Media	Desviación Estándar
<b>Factor I. Obstetra</b>			
1. La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	43	3,59	1,436
2. El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto	43	3,57	1,531
3. La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto	43	3,39	1,543
4. La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	43	3,39	1,573
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto	43	4,00	1,414
6. La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	43	3,25	1,644

	N	Media	Desviación Estándar
7. Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	43	3,39	1,687
8. El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación.	43	3,05	1,670
9. La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	43	2,59	1,530
<b>Factor II. Matrona</b>			
1. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	43	4,61	,754
2. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	43	4,55	,820
3. La actitud de la matrona en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	43	4,59	,844
4. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	43	4,39	1,017
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	43	4,64	,780
6. La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	43	4,41	,972
7. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	43	4,48	,927
8. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	43	4,50	,928
9. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	43	3,89	1,333
10. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	43	4,30	1,069
11. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	43	4,59	,726
12. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	43	3,80	1,304
<b>Factor III. Dilatación</b>			
1. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	43	3,45	1,266
2. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	43	3,30	1,173
3. Su experiencia global de la dilatación	43	3,09	1,411
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	43	3,57	1,208
<b>Factor IV. Expulsivo</b>			
1. Su experiencia global del expulsivo	43	3,82	1,281

	N	Media	Desviación Estándar
2. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	43	3,36	1,399
3. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	43	3,07	1,500
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	43	3,70	1,340
<b>Factor V. Recién nacido</b>			
1. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	43	4,34	1,219
2. El estado de salud de su bebé al nacer	43	4,80	,668
3. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	43	4,27	1,208
<b>Factor VI. Acompañante y confort</b>			
1. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	43	4,89	,387
2. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	43	4,36	1,183
3. Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.)	43	4,05	1,363
4. Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	43	3,82	1,402
<b>Puntuación total escala de Mackey sobre la satisfacción con la experiencia del parto</b>	43	140,82	24,353

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla resumen, los ítems peor valorados por las madres se encuentran comprendidos en tres de los seis subapartados de la tabla: el ítem relacionado con la labor realizada por el obstetra, y los ítems relacionados con el proceso de la dilatación y del expulsivo.

Dentro del subapartado que mide la satisfacción con el obstetra encontramos el peor resultado, con una puntuación media de 3,35 en todo el subapartado. Los ítems peor valorados han sido: la ayuda y el apoyo que recibieron del ginecólogo en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor, con 2,59 puntos de media. Siguiendo con la valoración del obstetra, vemos que el tiempo que pasó con ellas y la ayuda que les prestó en la respiración y la relajación tampoco han sido bien valoradas, con 3,05 y 3,25 puntos respectivamente.

Si nos centramos ahora en el factor dilatación, vemos que su experiencia general ha sido puntuada con un 3,09, y su capacidad para sobrellevar las contracciones con un 3,3. Esto puede deberse a haber sentido un dolor más elevado del que esperaban, lo que se relaciona directamente con las expectativas que muchas mujeres tienen sobre el proceso.

Finalmente, siguiendo con las puntuaciones más bajas, es importante remarcar que su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo ha sido puntuada con un 3,07 de 5, de lo que se deduce que las mujeres sienten que no están siendo escuchadas ni tenidas en cuenta durante el parto.

Analizando las puntuaciones más elevadas de la escala, podemos observar que la mayoría se encuentran relacionadas con el trabajo realizado por la matrona, ya que la puntuación global no desciende de los 4,39 puntos. Valoran muy positivamente el interés y el trato personal, su actitud, sus conocimientos y sus capacidades.

Podemos observar también en la tabla resumen que la ayuda y el apoyo de sus parejas o acompañantes durante la dilatación ha sido muy bien valorada, con 4,89 puntos, siendo ligeramente superior que la ayuda y el apoyo durante el expulsivo, que se encuentra en 4,36 puntos.

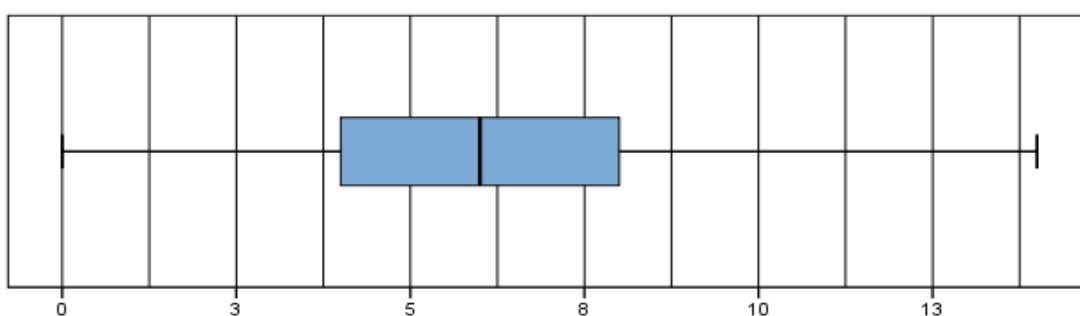
## 6.6 Resultados prevalencia depresión posparto EPDS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Edimburg. Se trata de un instrumento de screening que detecta la existencia de casos de depresión posparto en base a las respuestas que dan las madres a 10 ítems que tratan temas relacionados con la ansiedad, la felicidad, la culpa o el miedo.

En este estudio, de las 46 participantes que han cumplimentado ambas fases se han detectado 5 casos positivos, lo que supone una prevalencia de 10,86%. Es importante recordar que la prevalencia se estimaba entre un 10 y un 20%, por lo que los resultados obtenidos se situarían dentro de estos parámetros.

Es importante remarcar que no es un diagnóstico concluyente, por lo que se les ha aconsejado acudir al médico de atención primaria, respetando siempre su decisión, en base a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

GRÁFICO 8. DIAGRAMA DE CAJA EPDS



Fuente: Elaboración propia

El punto de corte para esta escala está en los 10 puntos, y la media obtenida por las 46 mujeres ha sido de 5,98 puntos, con una desviación estándar de 3,373 puntos. Respecto a la media, podemos ver que se encuentra 4,02 puntos por debajo de lo que se consideraría un screening positivo. Por otro lado, la mediana está situada en 6 puntos, siendo el valor mínimo 0 y el máximo 14 puntos, y no existen valores atípicos (ver Gráfico 8).

A continuación, se expone una tabla (ver Tabla 9) que resume los resultados por cada ítem, junto con las frecuencias para cada respuesta, y el porcentaje.

**TABLA 11. RESUMEN RESULTADOS ESCALA DE EDINBURGH**

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<b>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Tanto como siempre he podido hacerlo	36	72,0
No tanto ahora	8	16,0
Sin duda, mucho menos ahora	2	4,0
No, en absoluto	0	0
<b>2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Tanto como siempre	34	68,0
Algo menos de lo que solía hacerlo	12	24,0
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo	0	0
Prácticamente nunca	0	0
<b>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, casi siempre	1	2,0
Sí, algunas veces	19	38,0
No muy a menudo	12	24,0
No, nunca	14	28,0
<b>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
No, en absoluto	10	20,0
Casi nada	18	36,0
Sí, a veces	16	32,0
Sí, muy a menudo	2	4,0
<b>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, bastante	1	2,0
Sí, a veces	12	24,0
No, no mucho	15	30,0
No, en absoluto	18	36,0
<b>6. Las cosas me oprimen o agobian:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas	0	0,0
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas	14	28,0
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien	25	50,0
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre	7	14,0
<b>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, casi siempre	0	0,0
Sí, a veces	2	4,0
No muy a menudo	3	6,0
No, en absoluto	41	82,0

<b>8. Me he sentido triste y desgraciada:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, casi siempre	0	0,0
Sí, bastante a menudo	2	4,0
No muy a menudo	13	26,0
No, en absoluto	31	62,0
<b>9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, casi siempre	0	0,0
Sí, bastante a menudo	1	2,0
Ocasionalmente	19	38,0
No, nunca	26	52,0
<b>10. He pensado en hacerme daño:</b>	<b>46</b>	<b>92,0</b>
Sí, bastante a menudo	0	0,0
A veces	0	0,0
Casi nunca	1	2,0
No, nunca	45	90,0

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los ítems relacionados con la felicidad, el 72% han podido reír y ver el lado bueno de las cosas tanto como siempre lo han podido hacer, y el 68% han podido mirar al futuro con placer como lo hacían anteriormente al nacimiento del bebé.

Sobre los sentimientos de culpa, el 38% de las mujeres sí que se han culpado algunas veces sin necesidad cuando las cosas marchaban mal. Tan solo el 28% no lo han hecho nunca.

En lo que refiere a los sentimientos de miedo, ansiedad y angustia, vemos que el 36% respondieron “casi nada” cuando se les preguntó si habían estado ansiosas y preocupadas sin motivo alguno, el 36% no habían sentido en absoluto miedo o pánico sin motivo alguno, y el 50% han podido sobrellevar la situación bastante bien la mayoría de las veces (aunque no tan bien como habían hecho siempre) cuando las cosas las oprimían o agobiaban.

Siguiendo con los sentimientos de infelicidad, un 82% no ha presentado ningún tipo de dificultad para dormir, un 62% no se ha sentido ni triste ni desgraciada, y un 52% nunca se ha sentido tan infeliz que ha estado llorando.

Es importante tener en cuenta que, mientras que tan solo 2 casos han presentado a veces dificultad para dormir, 13 mujeres se han sentido tristes y desgraciadas, aunque no muy a menudo y 19 madres han estado llorando de infelicidad ocasionalmente.

Finalmente, tan solo una mujer ha manifestado ideación autolítica puntual, por lo que se le aconsejó acudir a urgencias dada la gravedad, dejando siempre la elección en sus manos.

## 6.7 Análisis de los casos positivos

### 6.7.1 Caso positivo nº1

Se trata de una mujer de 35 años, residente en Zaragoza, casada y actualmente convive con su pareja en domicilio propio de compra o alquiler. En el momento de la recogida de datos de la primera fase se encontraba en las 39 semanas de gestación, considerando tener apoyo familiar y valorándolo con 4 puntos de 5.

Ha cursado estudios universitarios y se encuentra empleada como funcionaria, percibiendo entre 2 y 4 veces el salario mínimo interprofesional, es decir, entre 1200 y 2400 euros al mes.

Respecto al parto, el bebé no ha nacido prematuramente, pero sí ha presentado bajo peso al nacer y se han producido complicaciones obstétricas. Está siendo alimentado a través de la lactancia materna.

En lo que refiere a sus puntuaciones en las escalas, observamos que presenta unas bajas preocupaciones al haber obtenido 17 puntos de 80 en la *Cambridge Worry Scale*, unas expectativas medias-altas sobre el proceso de la maternidad ya que ha obtenido 30 puntos de los 50 en la escala *Expectativas sobre la maternidad*, una media-alta satisfacción con el parto, habiendo obtenido 110 puntos de los 180 posibles en la escala *Mackey*, y en la escala de Edimburgh o *EPDS* ha obtenido 10 puntos, siendo este el punto de corte necesario para considerarse un screening *positivo*, y encontrándose en el límite del riesgo.

A continuación, se presenta una tabla (ver Tabla 11) con los datos obtenidos:

TABLA 12. RESUMEN DATOS SOCIOCLÍNICOS CASO 1

Datos Caso 1	
<b>Edad</b>	35 años
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Convivencia</b>	Domicilio propio con la pareja
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios universitarios
<b>Situación laboral</b>	Empleada
<b>Tipo de contrato</b>	Funcionaria
<b>Nivel de ingresos</b>	2-4 SMI
<b>Semanas de gestación</b>	39 semanas
<b>Apoyo familiar y valoración</b>	Sí, 4 puntos
<b>Escala preocupaciones CWS</b>	17 puntos de 80
<b>Escala expectativas sobre maternidad</b>	30 puntos de 50
<b>Bebé prematuro</b>	No
<b>Bajo peso al nacer</b>	Sí
<b>Lactancia materna</b>	Sí
<b>Complicaciones obstétricas</b>	Sí
<b>Escala satisfacción con el parto Mackey</b>	110 puntos de 180
<b>Escala depresión posparto EDPS</b>	10 puntos

Fuente: Elaboración propia

## 6.7.2 Caso positivo nº2

Se trata de una mujer de 31 años, casada y actualmente convive con su pareja en domicilio propio de compra o alquiler. En el momento de la recogida de datos de la primera fase se encontraba en las 28 semanas de gestación, considerando tener apoyo familiar y valorándolo con 3 puntos de 5.

Ha cursado estudios secundarios y se encuentra empleada con un contrato indefinido, percibiendo entre 1 y 2 veces el salario mínimo interprofesional, es decir, entre 600 y 1200 euros al mes.

Respecto al parto, el bebé no ha nacido prematuramente ni ha presentado bajo peso al nacer, y tampoco se han producido complicaciones obstétricas. Está siendo alimentado a través de la lactancia materna.

En lo que refiere a sus puntuaciones en las escalas, observamos que presenta unas preocupaciones medias-bajas al haber obtenido 36 puntos de 80 en la *Cambridge Worry Scale*, unas expectativas medias-altas sobre el proceso de la maternidad ya que ha obtenido 35 puntos de los 50 en la escala *Expectativas sobre la maternidad*, una alta satisfacción con el parto, habiendo obtenido 144 puntos de los 180 posibles en la escala *Mackey*, y en la escala de Edimburgh o *EPDS* ha obtenido 13 puntos, superando en 3 puntos el punto de corte necesario para considerarse un screening *positivo*. Es importante tener en cuenta que 13 puntos o más nos indican una probable depresión.

A continuación, se presenta una tabla resumen (ver Tabla 12) con los datos descritos anteriormente:

TABLA 13. RESUMEN DATOS SOCIOCLÍNICOS CASO 2

Datos Caso 2	
<b>Edad</b>	31 años
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Convivencia</b>	Domicilio propio con la pareja
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios secundarios
<b>Situación laboral</b>	Empleada
<b>Tipo de contrato</b>	Contrato indefinido
<b>Nivel de ingresos</b>	1-2 SMI
<b>Semanas de gestación</b>	28 semanas
<b>Apoyo familiar y valoración</b>	Sí, 3 puntos
<b>Escala preocupaciones CWS</b>	36 puntos de 80
<b>Escala expectativas sobre maternidad</b>	35 puntos de 50
<b>Bebé prematuro</b>	No
<b>Bajo peso al nacer</b>	No
<b>Lactancia materna</b>	Sí
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No
<b>Escala satisfacción con el parto Mackey</b>	144 puntos de 180
<b>Escala depresión posparto EDPS</b>	13 puntos

Fuente: Elaboración propia



### 6.7.3 Caso positivo nº3

Se trata de una mujer de 37 años, residente en Zaragoza y que pertenece al Centro de Salud de “Torrero – La Paz”. Está casada y actualmente convive con su pareja en domicilio propio de compra o alquiler. En el momento de la recogida de datos de la primera fase se encontraba en las 34 semanas de gestación, considerando tener apoyo familiar y valorándolo con 5 puntos de 5.

Esta mujer posee el graduado escolar y se encuentra empleada con una relación contractual no especificada, percibiendo menos de lo estipulado en el salario mínimo interprofesional, es decir, menos de 600 euros al mes.

Respecto al parto, el bebé no ha nacido prematuramente, pero ha presentado bajo peso al nacer. No se han producido complicaciones obstétricas. Está siendo alimentado a través de la lactancia artificial con biberón.

En lo que refiere a sus puntuaciones en las escalas, observamos que presenta unas preocupaciones muy bajas al haber obtenido 19 puntos de 80 en la *Cambridge Worry Scale*, unas expectativas medias sobre el proceso de la maternidad ya que ha obtenido 29 puntos de los 50 en la escala *Expectativas sobre la maternidad*, una alta satisfacción con el parto, habiendo obtenido 140 puntos de los 180 posibles en la escala *Makey*, y en la escala de Edimburgh o *EPDS* ha obtenido 10 puntos, aunque existía riesgo autolítico al haber contestado “casi nunca” a la pregunta sobre si ha pensado en hacerse daño, por lo que se trata de un caso grave.

A continuación, se presenta una tabla resumen (ver Tabla 13) con los datos descritos anteriormente:

**TABLA 14. RESUMEN DATOS SOCIOCLÍNICOS CASO 3**

<b>Datos Caso 3</b>	
<b>Edad</b>	37 años
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Convivencia</b>	Domicilio propio con la pareja
<b>Nivel de estudios</b>	Graduado escolar
<b>Situación laboral</b>	Empleada
<b>Tipo de contrato</b>	Otro tipo de relación contractual
<b>Nivel de ingresos</b>	>SMI
<b>Semanas de gestación</b>	34 semanas
<b>Apoyo familiar y valoración</b>	Sí, 5 puntos
<b>Escala preocupaciones CWS</b>	19 puntos de 80
<b>Escala expectativas sobre maternidad</b>	29 puntos de 50
<b>Bebé prematuro</b>	No
<b>Bajo peso al nacer</b>	Sí
<b>Lactancia materna</b>	No
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No
<b>Escala satisfacción con el parto Mackey</b>	140 puntos de 180
<b>Escala depresión posparto EDPS</b>	10 puntos con riesgo autolítico

Fuente: Elaboración propia

#### 6.7.4 Caso positivo nº4

Se trata de una mujer de 35 años, casada y actualmente convive con su pareja en domicilio propio de compra o alquiler. En el momento de la recogida de datos de la primera fase se encontraba en las 30 semanas de gestación, considerando tener apoyo familiar y valorándolo con 4 puntos de 5.

Esta mujer posee el graduado escolar y se encuentra empleada con una relación contractual no especificada, percibiendo entre 1 y 2 veces el salario mínimo interprofesional, es decir, entre 600 y 1200 euros al mes.

Respecto al parto, el bebé no ha nacido prematuramente, ni ha presentado bajo peso al nacer. No se han producido complicaciones obstétricas. Está siendo alimentado a través tanto de la lactancia materna como la artificial.

En lo que refiere a sus puntuaciones en las escalas, observamos que presenta unas preocupaciones bajas al haber obtenido 29 puntos de 80 en la *Cambridge Worry Scale*, unas expectativas bajas sobre el proceso de la maternidad ya que ha obtenido 22 puntos de los 50 en la escala *Expectativas sobre la maternidad*, una alta satisfacción con el parto, habiendo obtenido 164 puntos de los 180 posibles en la escala *Makey*, y en la escala de Edimburgh o *EPDS* ha obtenido 14 puntos, superando en 4 puntos el punto de corte necesario para considerarse un screening *positivo*. Es importante tener en cuenta que 13 puntos o más nos indican una probable depresión.

A continuación, se presenta una tabla resumen (ver Tabla 14) con los datos descritos anteriormente:

TABLA 15. RESUMEN DATOS SOCIOCLÍNICOS CASO 4

Datos Caso 4	
<b>Edad</b>	35 años
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Convivencia</b>	Domicilio propio con la pareja
<b>Nivel de estudios</b>	Graduado escolar
<b>Situación laboral</b>	Empleada
<b>Tipo de contrato</b>	Contrato indefinido
<b>Nivel de ingresos</b>	1-2 SMI
<b>Semanas de gestación</b>	30 semanas
<b>Apoyo familiar y valoración</b>	Sí, 4 puntos
<b>Escala preocupaciones CWS</b>	29 puntos de 80
<b>Escala expectativas sobre maternidad</b>	22 puntos de 50
<b>Bebé prematuro</b>	No
<b>Bajo peso al nacer</b>	No
<b>Lactancia materna</b>	Combinada con biberón
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No
<b>Escala satisfacción con el parto Mackey</b>	164 puntos de 180
<b>Escala depresión posparto EDPS</b>	14 puntos

Fuente: Elaboración propia

### 6.7.5 Caso positivo nº5

Se trata de una mujer de 32 años, casada y actualmente convive con su pareja en domicilio propio de compra o alquiler. En el momento de la recogida de datos de la primera fase se encontraba en las 30 semanas de gestación, considerando tener apoyo familiar y valorándolo con 4 puntos de 5.

Esta mujer ha cursado estudios universitarios y se encuentra empleada como funcionaria, percibiendo entre 2 y 4 veces el salario mínimo interprofesional, es decir, entre 1200 y 2400 al mes.

Respecto al parto, el bebé no ha nacido prematuramente, ni ha presentado bajo peso al nacer. No se han producido complicaciones obstétricas. Está siendo alimentado a través de la lactancia materna como método exclusivo.

En lo que refiere a sus puntuaciones en las escalas, observamos que presenta unas preocupaciones medias al haber obtenido 49 puntos de 80 en la *Cambridge Worry Scale*, unas expectativas medias sobre el proceso de la maternidad ya que ha obtenido 30 puntos de los 50 en la escala *Expectativas sobre la maternidad*, una alta satisfacción con el parto, habiendo obtenido 159 puntos de los 180 posibles en la escala *Makey*, y en la escala de Edimburgh o *EPDS* ha obtenido 13 puntos, superando en 3 puntos el punto de corte necesario para considerarse un screening *positivo*. Es importante tener en cuenta que 13 puntos o más nos indican una probable depresión.

A continuación, se presenta una tabla resumen (ver Tabla 14) con los datos descritos anteriormente:

TABLA 16. RESUMEN DATOS SOCIOCLÍNICOS CASO 5

Datos Caso 5	
<b>Edad</b>	32 años
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Convivencia</b>	Domicilio propio con la pareja
<b>Nivel de estudios</b>	Estudios universitarios
<b>Situación laboral</b>	Empleada
<b>Tipo de contrato</b>	Funcionaria
<b>Nivel de ingresos</b>	2-4 SMI
<b>Semanas de gestación</b>	30 semanas
<b>Apoyo familiar y valoración</b>	Sí, 4 puntos
<b>Escala preocupaciones CWS</b>	49 puntos de 80
<b>Escala expectativas sobre maternidad</b>	30 puntos de 50
<b>Bebé prematuro</b>	No
<b>Bajo peso al nacer</b>	No
<b>Lactancia materna</b>	Sí
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No
<b>Escala satisfacción con el parto Mackey</b>	159 puntos de 180
<b>Escala depresión posparto EDPS</b>	13 puntos

Fuente: Elaboración propia

### 6.7.6 Comparativa de los casos positivos

Analizando los cinco casos que han obtenido un *screenings* positivo en la escala *EDPS* para la depresión posparto, y los centros de salud en los que fueron captadas, se ha podido observar que dos de ellas pertenecen al centro de salud “Delicias Sur”, dos al de “Valdefierro” y una al de “Torrero – La Paz”, por lo que los casos se encuentran bastante concentrados en barrios determinados de Zaragoza.<sup>2</sup>

Respecto a la edad en la que las participantes tienen su primer embarazo, observamos que tanto la media general de las participantes del estudio (33,48 años) como la de las mujeres con un screening positivo (34 años) se encuentra más cerca de los 35 años, siendo éste un factor de riesgo para un posible desarrollo de una depresión posparto, que de la media española, según el INE situada en 30,79 años.

Todas ellas se encuentran casadas, conviviendo con sus parejas en domicilio propio, y empleadas, aunque han cursado estudios muy diversos, ya que dos de ellas están en posesión de un título universitario, una ha cursado estudios secundarios y las otras dos mujeres cuentan únicamente con el graduado escolar, por lo que su nivel de estudios no parece influir en el desarrollo o no de la depresión posparto.

Siguiendo con la información laboral, nos encontramos con dos funcionarias, dos mujeres con un contrato laboral indefinido y una mujer con otro tipo de relación contractual no especificada. A través de estos resultados observamos que 4 de las 5 mujeres con un screening positivo son funcionarias o poseen un contrato laboral indefinido, siendo estos habitualmente considerados como empleo seguro, por lo que la inseguridad en el trabajo tampoco parece ser un factor de riesgo considerable en los casos positivos.

En sus trabajos tan sólo una de ellas percibe una cantidad menor al salario mínimo interprofesional, dos mujeres perciben entre 1200 y 2400 euros al mes, y las otras dos entre 600 y 1200 euros al mes. Sería importante conocer cuánto perciben sus parejas para analizar la capacidad económica del núcleo familiar completo y poder conocer así si la capacidad adquisitiva ha podido influir o no en la depresión posparto.

Por otro lado, se sienten apoyadas por su familia, tres de ellas con cuatro puntos sobre diez, una con tres puntos sobre diez, y lo más importante a destacar es que de los cinco casos tan sólo una mujer ha valorado el apoyo familiar con la puntuación máxima, es decir, cinco puntos. Mientras que la media para todas las participantes está en 4,52 puntos, para los casos positivos en depresión posparto la media se sitúa en 4 puntos exactos.

Es importante remarcar y tener en cuenta que el apoyo de la pareja durante el embarazo y del parto y un buen soporte familiar son algunos de los factores de protección frente a la depresión posparto, por lo que, en este caso, el apoyo familiar sí parece ser significativo en cuanto a su relación con la incidencia de la depresión posparto.

Respecto a las puntuaciones obtenidas en las escalas, observamos que, en primer lugar, y en base a la *Cambridge Worry Scale*, el nivel de preocupación ha sido diverso; tres de las pacientes presentan muy bajas preocupaciones al haber obtenido 19 y 17 puntos en la escala, siendo la puntuación máxima 80 puntos; dos se consideran bajas preocupaciones al no llegar a la mitad de la puntuación posible, con 29,

---

<sup>2</sup> No se ha hecho la relación de los centros de salud con el análisis de casos individual por motivos de confidencialidad y anonimato.

29 y 36 puntos, y una de ellas sí presenta unas preocupaciones más notables al haber obtenido una puntuación de 49 puntos.

En segundo lugar, su puntuación media en la escala de *Expectativas sobre la maternidad* ha sido de 29,2 puntos, 1,22 puntos por debajo de la media total de las participantes del estudio. Aunque en los estudios de Medina-Serdán (2013), se consideran las altas expectativas de perfección del rol materno como un estresor adicional, y esta era la hipótesis inicial, finalmente la tendencia ha resultado ser a la inversa.

En tercer lugar, su satisfacción con el parto ha sido por lo general alta. Tan sólo una de las cinco ha obtenido una puntuación que puede considerarse media, con 110 puntos de 180 puntos posibles para la escala *Makey*.

La hipótesis planteada para el estudio era que los casos positivos iban a obtener puntuaciones bajas en esta escala y, mientras que la puntuación media de las mujeres con depresión posparto ha sido de 143,4 puntos, para el total de los casos la media se sitúa en 140,82 puntos, 2,58 puntos inferior.

Respecto al parto, al bebé y su alimentación, observamos que no se ha producido ningún nacimiento prematuro, dos bebés de los cinco han presentado bajo peso al nacer, tan sólo se han producido complicaciones obstétricas en un caso y únicamente una de las madres no ha apostado por la lactancia materna como forma de alimentación para su bebé, y otra mujer ha utilizado el biberón combinado con la lactancia natural.

Finalmente, los casos considerados como positivos en depresión posparto han tenido distintos niveles de gravedad; tan sólo uno de los casos puede considerarse leve o de bajo riesgo al estar en el límite del punto de corte, tres casos son considerados graves o de alto riesgo de padecer una depresión posparto al haber obtenido 13 puntos o más, y finalmente uno de los casos es de extrema gravedad al presentar riesgo autolítico, aunque fuera puntualmente.

## 6.8 Correlación

En primer lugar, podemos observar que entre las puntuaciones obtenidas a través de la Escala Expectativas sobre la maternidad y la EPDS no existe relación, por lo que se invalida la hipótesis de que, a mayores expectativas y creencias irracionales e idealizadas sobre la maternidad, mayor probabilidad de desarrollar una depresión posparto (ver Tabla 17 y Gráfico 9).

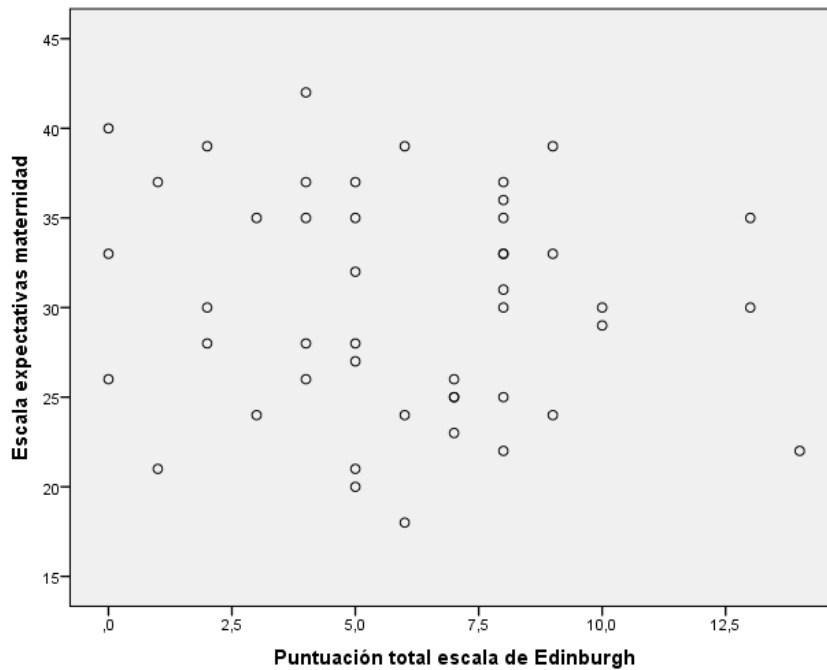
**TABLA 17. CORRELACIÓN EXPECTATIVAS Y EDPS**

		Escala Expectativas Maternidad	Puntuación total EDPS
<b>Escala expectativas maternidad</b>	Correlación de Pearson	1	-,114
	Sig. (bilateral)		,451
	N	50	46
<b>Puntuación total EDPS</b>	Correlación de Pearson	-,114	1
	Sig. (bilateral)	,451	
	N	46	46

Fuente: elaboración propia<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Todos los análisis de relación asumen una distribución normal de las variables

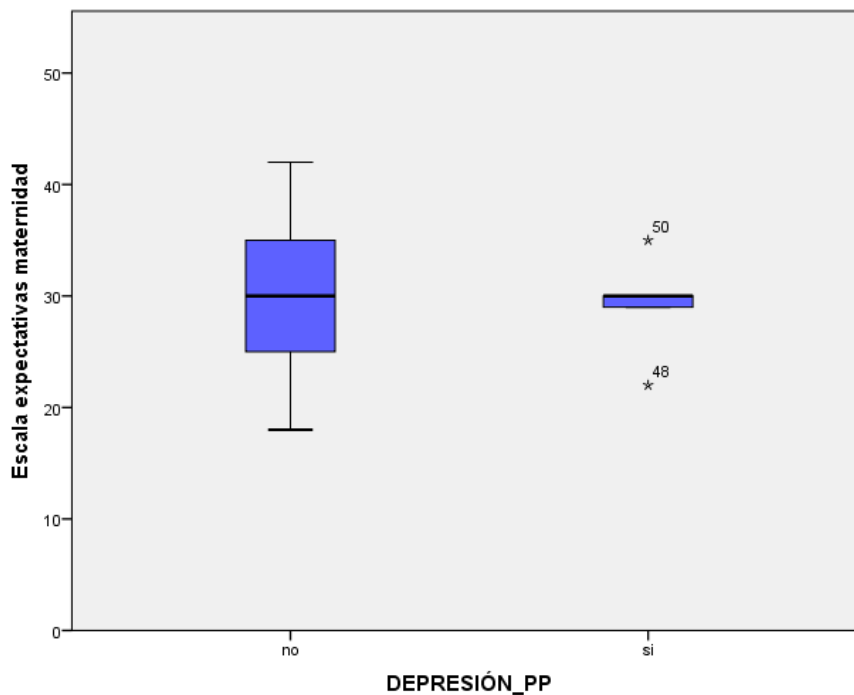
**GRÁFICO 9. RELACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS Y PUNTUACIÓN EDPS**



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, observamos que tampoco existe una relación significativa entre la asignación de screening positivo de depresión posparto y la puntuación en la Escala Expectativas sobre la maternidad (ver Gráfico 10). Es importante remarcar que debido a la escasez de la muestra es difícil establecer una correlación representativa entre las variables.

**GRÁFICO 10. RELACIÓN ESCALA EXPECTATIVAS MATERNIDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO**



Fuente: Elaboración propia

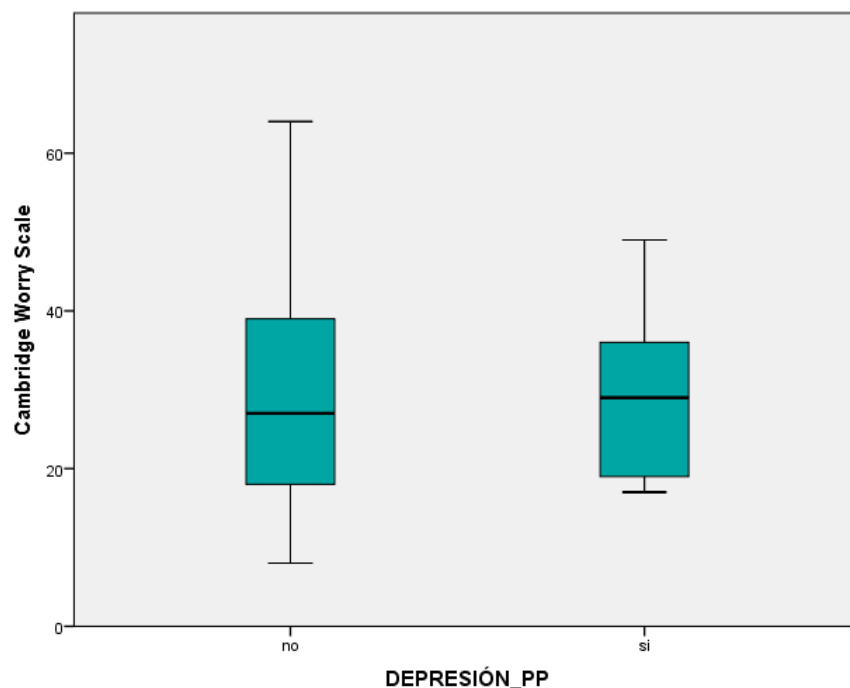
Respecto a las preocupaciones de las mujeres embarazadas participantes en el estudio en relación a la existencia o no de una depresión posparto, observamos tras el análisis de datos que tampoco existe una relación, por lo que la segunda hipótesis que relacionaba la presencia de elevadas preocupaciones durante el embarazo con una disminución de la satisfacción con el parto y un aumento de la probabilidad de desarrollar depresión posparto queda descartada (ver Gráfico 11 y Tabla 18).

**TABLA 18. CORRELACIÓN PREOCUPACIONES Y DEPRESIÓN POSPARTO**

		Cambridge Worry Scale	Puntuación total EDPS
<b>Cambridge Worry Scale</b>	Correlación de Pearson	1	,128
	Sig. (bilateral)		,395
	N	50	46
<b>Puntuación total EDPS</b>	Correlación de Pearson	,128	1
	Sig. (bilateral)	,395	
	N	46	46

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICO 11. RELACIÓN PREOCUPACIONES EN EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSPARTO**



Fuente: Elaboración propia

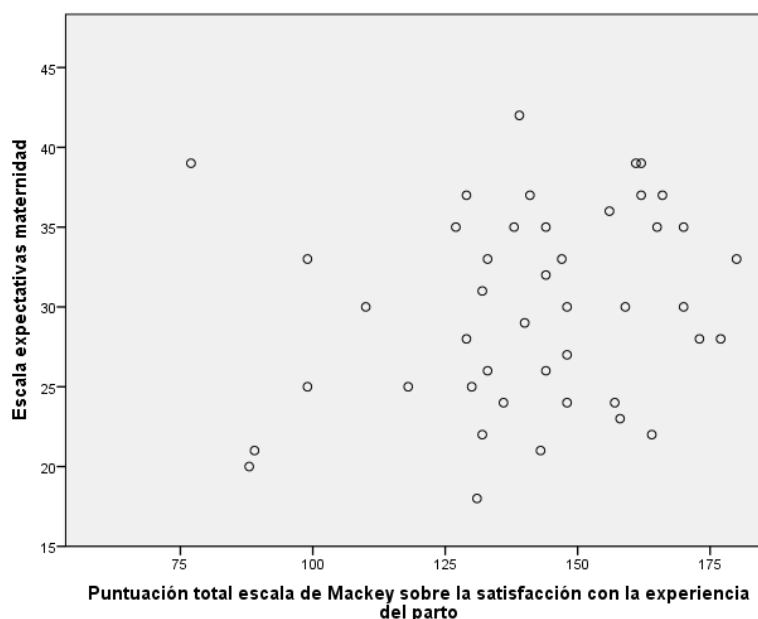
Finalmente, tampoco existe una relación entre las expectativas sobre la maternidad y la satisfacción en el parto, aunque sí parece existir una leve tendencia: a más expectativas, menor satisfacción con el parto (ver Tabla 19 y Gráfico 12). Por lo tanto, la tercera hipótesis que relaciona las creencias irracionales con una percepción negativa del nacimiento del bebé quedaría en duda debido a la escasez de la muestra.

**TABLA 19. CORRELACIÓN EXPECTATIVAS SOBRE MATERNIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL PARTO**

		Escala Expectativas maternidad	Puntuación total Makey
<b>Escala Expectativas maternidad</b>	Correlación de Pearson	1	,204
	Sig. (bilateral)		,185
	N	50	44
<b>Puntuación total Makey</b>	Correlación de Pearson	,204	1
	Sig. (bilateral)	,185	
	N	44	45

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICO 12. RELACIÓN EXPECTATIVAS SOBRE LA MATERNIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL PARTO**



Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, sí parece existir una relación significativa entre el bajo peso al nacer y la puntuación obtenida por las participantes en la escala EDPS, siendo establecida como a bajo peso al nacer, mayor puntuación en la escala EDPS (ver Tabla 20).

**TABLA 20. RHO DE SPEARMAN PUNTUACIÓN EDPS Y BEBÉ CON BAJO PESO AL NACER**

		Escala Expectativas Maternidad	Puntuación total EDPS
<b>Rho de Spearman</b>	Puntuación escala EDPS	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,048
		N	46
	Bebé con bajo peso al nacer	Coeficiente de correlación	-,293
		Sig. (bilateral)	,048
		N	46

Fuente: elaboración propia



## 7. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos a través de las respuestas en las diversas escalas aplicadas a la muestra del estudio durante la investigación, podemos deducir:

En primer lugar, las mujeres que deciden ser madres se encuentran alrededor de los 33 años, casadas o emparejadas, empleadas y la mayoría (31 casos de 50) con estudios universitarios. Este retraso en la decisión de ser madre puede deberse a la tardía incorporación al mercado laboral por la prolongación de la etapa académica y a las dificultades de conciliación laboral que existen en España, ya que las trabajadoras gozan únicamente de 6 semanas de baja de maternidad (y los padres de 15 días), mientras que la media de la UE se sitúa en 28 semanas.

Además, de las 50 participantes, tan solo la mitad han apostado por la lactancia materna como método único de alimentación al bebé, hecho que también puede estar relacionado con la conciliación laboral.

En segundo lugar, las madres han presentado unas preocupaciones muy bajas durante el embarazo, destacando sobre todo las relacionadas con el recién nacido como el afrontamiento de su cuidado, que exista algún problema en la gestación o el momento del parto. Aunque la despreocupación absoluta es imposible, una buena información y apoyo por parte de los profesionales, no sólo durante la gestación sino también tras el parto, podría aliviar dichas preocupaciones reduciendo así posible aparición de síntomas de ansiedad.

Es importante remarcar también que, respecto a las preocupaciones, ha habido puntuaciones con muchas diferencias entre las mujeres del estudio, concretamente un rango de 56 puntos, hecho relacionado con sus personalidades, su forma de entender la preocupación en base a su sociabilización y sus estrategias de afrontamiento o *coping*.

En tercer lugar, la asistencia al parto es considerada por las madres como un proceso muy medicalizado que no presta atención a sus deseos y demandas. Este hecho contribuye a que tengan una escasa satisfacción con la intervención del ginecólogo durante el alumbramiento en particular, y pese a que eso disminuye su satisfacción con el parto, la puntuación queda compensada con el apoyo familiar y la labor de la matrona.

Siguiendo en la misma línea, otra valoración negativa que hacen las mujeres del estudio es el tiempo que pasan los ginecólogos y las matronas con ellas durante la dilatación, y la ayuda que les prestan para sentirse más cómodas durante el proceso. Sentirse desatendidas eleva su mala valoración al servicio e incrementa sentimientos de ansiedad y preocupación, hecho que puede influir negativamente en la satisfacción con el parto o incluso, en casos más extremos, dificultar el proceso en sí.

Debemos tener en cuenta que la maternidad (y paternidad) es un proceso especialmente complicado por el gran estrés que supone no sólo el alumbramiento sino el posterior afrontamiento a todos los cambios, sean biológicos o sociales, que se producen en la vida de los progenitores.

Un buen acompañamiento durante todo el proceso es fundamental, no sólo para aliviar los temores e inseguridades, sino para proporcionar todo tipo de mecanismos de afrontamiento a la nueva situación familiar.

Con los recortes sanitarios, el número de profesionales ha disminuido en todos los servicios, por lo que el tiempo que pasan con cada paciente se ha visto afectado, proporcionando servicios percibidos de peor calidad.

Por otro lado, de los 46 resultados obtenidos tras el parto, se han contabilizado 16 partos con complicaciones obstétricas, lo que supone que se han producido en un 30% de los casos. Respecto a este dato, se debería investigar si realmente se han producido complicaciones obstétricas, o se trata de una percepción de las madres.

Las mujeres del estudio han valorado muy positivamente el apoyo de su familia en el proceso de la maternidad en general, sin embargo, en las sesiones de preparación al parto, se ha podido constatar que acudían muy pocos acompañantes, cuando es importante que conozcan información sobre el embarazo y cómo pueden ayudar a la mujer durante la gestación.

En relación a esto, es importante remarcar que el apoyo familiar ha tenido una puntuación inferior a la media en los casos que han obtenido un screening positivo, pudiendo considerarse como uno de los principales factores que han podido propiciar la aparición de una depresión posparto.

Respecto a las creencias que tienen las participantes del estudio en relación a la maternidad y la depresión posparto, vemos que consideran muy cierto que la maternidad implica un cambio positivo en sus vidas y que es una experiencia muy gratificante, sensaciones muy distintas a las que presentan las mujeres que padecen depresión posparto.

Otro factor importante en relación a la depresión posparto es que las mujeres del estudio no consideran que las que sufren dicha patología sean peores madres o menos capaces, por lo que no criminalizan a quienes padecen la enfermedad. Sin embargo, las que padecen el trastorno se acusan y culpabilizan a sí mismas de ser menos aptas para la maternidad llegando incluso a esconder los signos y síntomas por vergüenza y miedo al rechazo de los demás.

Por ello, es importante realizar numerosos cambios en el sistema de atención a las madres tras el parto para poder detectar a las mujeres más vulnerables y poder realizar intervenciones eficaces que ayuden a disminuir su sufrimiento y la prolongación innecesaria de la enfermedad en el tiempo.

## 7.1 Propuesta de intervención y futuras líneas de investigación

En primer lugar, es importante recordar que la EDPS posee una sensibilidad del 85% y una especificidad del 77%, por lo que resulta un método muy útil y eficaz para detectar casos de depresión posparto. Además, resulta muy eficiente ya que tan sólo se necesitan 10 minutos para pasar la escala a la paciente, y se obtiene la puntuación total en menos de dos minutos.

Es importante remarcar que en otras Comunidades Autónomas la EDPS ya está incluida en la cartilla del embarazo como otra de las múltiples pruebas rutinarias que se realizan a las mujeres durante la gestación. Es una tarea pendiente para Aragón y resulta de vital importancia.

En esta línea, incorporar un seguimiento más exhaustivo de los casos considerados de riesgo al haber sido valorados como positivos durante o después del parto a través de la EDPS. Dicho seguimiento podría estar realizado por un equipo multidisciplinar formado por una matrona y una trabajadora social con la especialidad de salud mental, en coordinación con un profesional de la psiquiatría.

Por otro lado, y como se ha comentado con anterioridad, existe un gran infradiagnóstico de esta patología y, como futura línea de investigación, sería interesante poder conocer si existe un ocultamiento de los síntomas por parte de las mujeres, y en caso de ser así, indagar en los motivos con el fin de intervenir sobre ellos.

## 7.2 Limitaciones del estudio

A continuación, se enumeran algunas de las limitaciones que presenta este estudio para su significatividad:

En primer lugar, la muestra para el estudio ha sido muy limitada desde un principio (N=50), y se han producido 4 abandonos en el transcurso de este. Una muestra mayor ayudaría a conocer si verdaderamente las hipótesis son válidas o no al obtener una mayor representatividad.

En segundo lugar, la depresión posparto es uno de los trastornos mentales más tabú en nuestra sociedad, por lo que es posible que haya existido una alteración de las escalas por parte de las encuestadas con el fin de obtener resultados negativos en el screening y ocultar así su sintomatología depresiva. Debemos recordar que la depresión posparto es una patología muy infradiagnosticada, que no se detecta en el 75% de los casos, tal y como se comentó en el II Simposio de Salud Mental Perinatal.

En tercer lugar, la escala de *Expectativas sobre la maternidad* ha sido específicamente desarrollada para este estudio y no está validada como la *Cambridge Worry Scale*, la escala *Makey* o la *EDPS*.

Finalmente, el estudio se centra únicamente en el medio urbano, y los resultados que se podrían obtener del entorno rural podrían ser también significativos para la investigación, ya que la atención se organiza más a nivel micro, el volumen de pacientes por hospitales y centros de salud es mucho menor por lo que hay más control individual, los roles de género están más marcados, la familia influye más en los cuidados de la madre y del bebé, etc.

## 8. CONCLUSIONES

Para concluir, es importante recordar que la depresión posparto es un trastorno grave que afecta entre el 10% y el 20% de las madres y muy frecuentemente es infradiagnosticado.

No tratar esta patología a tiempo puede suponer una cronificación de la enfermedad, y un sufrimiento innecesario tanto para la madre como para la familia. Es muy importante tener en cuenta que una de los desenlaces más fatales en los casos más extremos puede llegar a ser incluso la muerte de la paciente.

Además, es importante tener en cuenta que esta patología no afecta únicamente a la madre, sino que influirá tanto en el vínculo y en el apego con el recién nacido, como en su propia salud mental.

Actualmente, el seguimiento después del parto tiende a estar relacionado con el estado de salud del bebé y la salud puramente orgánica de la madre, omitiendo en muchas ocasiones su bienestar psicológico, por lo que un cambio en el modelo de atención a la maternidad es necesario si se tiene en cuenta la salud como el completo bienestar biopsicosocial y no únicamente la ausencia de enfermedad.

El papel del trabajador social experto en salud mental puede ser fundamental para la detección y tratamiento a nivel social y familiar de la depresión posparto, estando en estrecha colaboración con las matronas y psiquiatras, gracias a sus conocimientos no solo en psicopatología sino también en intervención familiar e individual, y su capacidad para establecer una buena relación de ayuda con la paciente, creando un ambiente de confianza que le permita manifestar su sintomatología.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Nacional de Evaluación. (2005). Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social. 141. Recuperado el 30 de octubre de 2017, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00012.pdf>
- Alarcón, A., & Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193-202. Recuperado el 22 de enero de 2017, de <http://www.scielo.cl/pdf/chungara/v40n2/art07.pdf>
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, M., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 84-93. Recuperado el 16 de Enero de 2017, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-9227200000200003&script=sci\\_arttext&lng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-9227200000200003&script=sci_arttext&lng=e)
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masson.
- Arambú, P., Arellanos, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., & Sierra, O. (Diciembre de 2008). Revista peruana de Epidemiología. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3). Recuperado el 16 de Enero de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120335006>
- Arranz, L. C., Aguirre, W., Ruiz, J., Cervantes, J., Cervantes, J., Carsi, E., . . . Ochoa, M. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecología y Obstetricia México*, 76(6), 341-8. Recuperado el 10 de 4 de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom086h.pdf>
- Carmona, F. (2011). Preocupaciones en el embarazo, coping y personalidad en gestantes españolas. Efectos en la sintomatología durante el embarazo. Madrid, España: Universidad Rey Juan Carlos.
- Curti, J., Izquierdo, M., Paolantonio, P., & Faas, A. (2015). Construcción del vínculo madre-hijo: depresión posparto y creencias maternas como posibles factores de riesgo. *V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado el 22 de enero de 2017, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56072>
- Garcés Trullenque, E. (mayo de 2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. Recuperado el 31 de octubre de 2017, de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS1010110333A/7489>
- Gregorio, E., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión postparto: realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494. Recuperado el 16 de enero de 2017, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000600006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006)
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI.

- Lasheras Pérez, G., Osma López, J., Laviña Castan, A., De la Cueva Barrao, P., Mansukhani, A., Celaya Pérez, S., & Orejudo Hernández, S. (8 de Noviembre de 2017). II Simposio Salud Mental Perinatal. Zaragoza.
- Marín, D., Carmona, M., Carretero, M., Moreno, M., & Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37. Recuperado el 22 de enero de 2017, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Ferrero, J., & Barreto, M. (2001). La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 37-48. Recuperado el 16 de enero de 2017, de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3903/3758>
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Revista de perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. Recuperado el 16 de enero de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
- Mendoza, C., & Saldiva, S. (Abril de 2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*(143), 887-894. Recuperado el 16 de enero de 2017, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyche*, 15(2), 93-103. Recuperado el 10 de abril de 2017, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282006000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282006000200009&script=sci_arttext)
- Muruaga, S. (1987). *Análisis y prevención de la depresión posparto*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Navas, W. (2013). Depresión postparto. *Revista médica de costa rica y centroamérica LXX, LXX*(608), 639-647. Recuperado el 12 de abril de 2017, de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Palacios, J. (1987). Las ideas de los padres sobre sus hijos en la investigación evolutiva. *Infancia y Aprendizaje*(39-40), 97-111.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British journal of psychiatry*(122), 431-433. Recuperado el 17 de marzo de 2017
- Victoroff, V. (Octubre de 1952). Dynamics and management of para partum neuropathic reactions . *Dis Nerv Syst.*, 13(10), 291-298. Recuperado el 22 de Enero de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12989036>

## 10. ANEXOS

### 10.1 Consentimiento informado

#### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

<b>Título de la investigación:</b> Análisis de los determinantes sociales en depresión posparto en madres de neonatos.
--

#### 1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Universidad de Zaragoza, en coordinación con el Hospital Clínico “Lozano Blesa”. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

#### 2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque usted está embarazada y se encuentra en el tercer trimestre. Nos gustaría conocer sus opiniones acerca de la depresión posparto y sus expectativas respecto al cuidado del recién nacido.

En total en el estudio participarán 50 mujeres de estas características.

#### 3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de este estudio es comprender las opiniones que tienen las mujeres embarazadas y futuras madres de neonatos de esta patología y qué expectativas de cuidados tienen respecto al bebé.

#### 4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Se le va a entregar un breve cuestionario que tiene una duración de unos 15 minutos para que lo cumplimente, y se le pedirá un correo electrónico y/o teléfono para contactar más adelante en caso de estar interesada en realizar las siguientes fases de la investigación, que serán semejante a esta ya que consistirán también en la cumplimentación de dos breves cuestionarios más.

#### **5. ¿Qué riesgos o molestias supone?**

Los datos proporcionados por usted a la investigación serán totalmente para uso interno de la misma.

La máxima molestia que le vamos a ocasionar es la inversión de 15 minutos de su tiempo en esta investigación, y en cada una de las fases.

#### **6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?**

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación, si bien contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

#### **7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?**

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

#### **8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?**

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.



### **9. ¿Puedo cambiar de opinión?**

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

### **10. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?**

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con la investigadora responsable, Georgina Barbero Mauri, en el teléfono 654 620 674 o por correo electrónico en la dirección [gbarberom@gmail.com](mailto:gbarberom@gmail.com)

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del PROYECTO: Análisis de los determinantes sociales en depresión posparto en madres de neonatos.**

Yo, ..... (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Georgina Barbero Mauri, investigadora principal.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: SÍ NO (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....  
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

.....

## 10.2 Cambridge Worry Scale (CWS)

Valore cada uno de las afirmaciones dándole una puntuación que puede ir desde 0 en el caso de que dicha afirmación no suponga una preocupación para ti hasta 5 en el caso de que la afirmación suponga una preocupación extrema para ti.

Afirmación	0	1	2	3	4	5
1. Posibilidad de que exista algún problema con el bebé						
2. Dar a luz						
3. Posibilidad de aborto espontáneo						
4. Problemas laborales						
5. Problemas de vivienda						
6. Visitas al hospital						
7. Salud de alguien cercano a ti						
8. Problemas económicos						
9. Exploraciones médicas ginecológicas						
10. Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé						
11. La propia salud						
12. Dejar el trabajo						
13. Si la pareja está presente contigo durante el parto						
14. Relación con tu pareja/marido						
15. Problemas legales						
16. Relaciones con la familia y amigos						

### 10.3 Escala para medir las expectativas respecto la maternidad.

Por favor, puntúe el grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones, siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Afirmación	0	1	2	3	4	5
1. La maternidad implica un cambio positivo en la vida de la mujer.						
2. La maternidad es una de las experiencias más gratificantes en la vida.						
3. La llegada del bebé puede influir positivamente la relación de la pareja.						
4. Tener un bebé implica una pérdida en la calidad de vida de la mujer.						
5. El instinto maternal es innato en la mujer.						
6. Seré el tipo de madre que me proponga ser.						
7. La depresión posparto se produce por desajustes hormonales.						
8. La depresión posparto es signo una menor aptitud para desempeñar las funciones de la maternidad.						
9. Una madre debe priorizar el bienestar del bebé por encima del suyo.						
10. Tengo probabilidades de desarrollar una depresión posparto.						

## 10.4 Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)

Por favor, puntúe el grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Afirmación	1	2	3	4	5
Factor I. Obstetra.					
1. La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
2. El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto					
3. La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto					
4. La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto					
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto					
6. La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto					
7. Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
8. El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación.					
9. La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					
Factor II. Matrona					
1. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto					
2. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto					
3. La actitud de la matrona en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
4. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto					
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto					
6. La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto					
7. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
8. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto					

9. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					
10. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación					
11. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?					
12. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación					
Factor III. Dilatación					
1. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
2. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación					
3. Su experiencia global de la dilatación					
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
Factor IV. Expulsivo					
1. Su experiencia global del expulsivo					
2. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)					
3. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo					
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
Factor V. Recién nacido					
1. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé					
2. El estado de salud de su bebé al nacer					
3. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé					
Factor VI. Acompañante y confort					
1. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación					
2. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo					
3. Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.)					
4. Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)					

## 10.5 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

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

## 10.6 Datos sociodemográficos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): - -/ - -/ - - - -

LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

- Casada o emparejada
- Soltera
- Separada Divorciada
- Viuda

CONVIVENCIA:

- Domicilio propio sola
- Domicilio propio con la pareja
- Domicilio de familiares
- Domicilio de vecinos o amigos
- Residencia
- Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS:

- No sabe leer ni escribir
- No cursado estudios, pero sabe leer y escribir
- Graduado escolar (EGB, ESO, FP I, Grado medio)
- Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, FP II, Grado superior)
- Estudios universitarios
- Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- Estudiante
- Ama de casa
- Desempleada Con subsidio
- Desempleada sin subsidio
- Empleada
- Incapacitada invalidez permanente
- Otros (especificar):

TIPO DE CONTRATO EN EL LUGAR DE TRABAJO (SOLAMENTE EMPLEADOS)

- Funcionaria
- Contrato indefinido
- Contrato temporal de menos de 6 meses
- Contrato temporal de más de 6 meses
- Contrato temporal sin especificar la duración (obra y servicio, o similar)
- Trabajadora de una empresa de trabajo temporal (ETT)
- Trabaja sin contrato
- Trabaja por su cuenta (autónomas, empresarias, profesionales liberales)
- Otra relación contractual (especificar):



NIVEL DE INGRESOS:

- <SMI (600 euros)
- 1-2 SMI
- 2-4 SMI
- >4 SMI

SEMANAS DE GESTACIÓN

- 34    36    38
- 35    37    39

APOYO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO

- Sí    NO

VALORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR (siendo 1 poco o ninguno, y 5 mucho)

- 1    2    3    4    5

Preguntas a cumplimentar tras el parto:

NACIMIENTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS

- Sí    NO

BAJO PESO AL NACER

- Sí    NO

LACTANCIA MATERNA

- Sí    NO    COMBINADO

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- Sí    NO    Especificar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

## 10.7 Dictamen favorable CEICA



### Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI17/0061

15 de marzo de 2017

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### CERTIFICA

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 15/03/2017, Acta Nº 05/2017 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Análisis de los determinantes sociales en depresión posparto en madres de neonatos.**

**Alumno: Georgina Barbero Mauri**

**Director: Yolanda López del Hoyo e Isabel Irigoyen Recalde**

**Centro de realización: HCU Lozano Blesa**

**Versión protocolo: v 1, 2017**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 15 de marzo de 2017

María González Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)