

Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto

Laura García del Campo. Enfermera residente. Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental. UAM

RESUMEN

La depresión postparto es la patología más frecuente en el puerperio, afectando a un 10-20 % de las embarazadas y pudiendo provocar graves repercusiones. Ha sido relacionada con causas de naturaleza bioquímica, psicológica, psiquiátrica, psicosocial y con aspectos sociodemográficos y de comorbilidad. Los programas de psicoprofilaxis obstétrica han demostrado su utilidad en la reducción de la ansiedad, la duración y la sensación dolorosa durante el parto, así como en la mejora de la actitud frente al mismo. Sin embargo, no se ha encontrado en la bibliografía sobre el tema estudios que analicen los posibles beneficios de este tipo de estrategias en relación con la depresión postparto. **Objetivo:** Determinar la eficacia de la psicoprofilaxis obstétrica en la disminución de la incidencia de la depresión postparto. **Diseño:** Ensayo clínico controlado y aleatorizado. **Ámbito y sujetos de estudio:** 486 embarazadas incluidas en un programa de preparación al parto en un centro de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Los sujetos serán reclutados de forma accidental y aleatorizados en los grupos experimental y control. **Variables:** Datos de filiación, edad, número de hijos, deseo de la gestación, pareja estable, antecedentes de aborto, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, número de sesiones a las que ha asistido la embarazada, edad gestacional en el momento del parto, enfermedad congénita del neonato y puntuación en el Test EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). **Intervención:** El grupo control realizará el programa estándar de preparación al parto, y el grupo experimental, además de esta preparación estándar, recibirá el programa de psicoprofilaxis obstétrica. El test EPDS será entregado a la mujer tras el parto para su auto-administración en torno al mes post-parto y su posterior retorno por correo. **Análisis de datos:** Se procederá al cálculo del Riesgo Relativo de desarrollar depresión postparto en cada uno de los grupos y a su significación estadística.

PALABRAS CLAVE: Psicoprofilaxis obstétrica, depresión postparto, EPDS, preparación al parto, matrona

ABSTRACT

Postnatal depression is the most common pathology in the puerperium. This alteration affects to 10-20% of mothers and may provoke serious repercussions. It has been linked to biochemical, psychological and psychiatric reasons, and to sociodemographic and comorbidity aspects. Obstetrical psycho-prophylaxis programmes have turned out to be useful to reduce the anxiety, the length and the pain suffered during delivery. These programmes have also proven to be useful to put up with the delivery. Nevertheless, the author has not found literature about the potential benefits of these strategies in the babyblues syndrome. **Objective:** To determine the effectiveness of obstetrical psycho-prophylaxis in the reduction of the incidence of babyblues. **Design:** randomized clinical trial. **Field and sample:** 486 pregnant women included in a painless delivery programme in a Primary Health Centre in Madrid. **Fellows** will be accidental and contingent selected in the control and the research group. **Variables:** particulars, age, number of children, desired pregnancy, stable couple, abortion record, psychiatric treatment records, number of sessions the pregnant woman attended, gestation age in the delivery, congenital disease and score in the EPDS test (Edinburgh Postnatal Depression Scale). **Intervention:** The control group will assist to the standard painless delivery programme, meanwhile the research group will receive an obstetrical psycho-prophylaxis programme besides the standard programme. Mothers will receive an EPDS test a month after the delivery and it will be returned by mail after it has been filled. **Data analysis:** Relative risk of developing a postnatal depression and its statistical significance will be calculated in each group.

KEY WORDS: Obstetrical psycho-prophylaxis , postnatal depression, EPDS, painless delivery programme, midwife

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el posparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan repercusiones en la salud de la embarazada y en las relaciones conyugales y familiares, pero sobre todo dificultan la relación madre-hijo, pudiendo provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (1-7).

El trastorno depresivo mayor hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía e hipomanía. La depresión posparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La **depresión mayor posparto** no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. Sin embargo la DSM IV añade el criterio de "inicio

en el posparto" para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo.(5,8,9)

Inwood (10) divide los trastornos psicopatológicos del puerperio en:

- ☐ Trastorno de ajuste con ánimo deprimido (blues posparto)
- ☐ Psicosis posparto (puerperal o reactiva breve)
- ☐ Trastorno afectivo mayor posparto (depresión mayor, neurosis posparto o reacción neurótica).

1. Depresión posparto leve o Maternity Blues

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 50-80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de 2 semanas. La sintomatología cursa con tristeza, llanto, fatiga, ansiedad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimientos de minusvalía. Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental psicológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión mayor posparto.(11)

2. Psicosis posparto

La psicosis posparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 casos de cada 1000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. La psicosis posparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño. En tanto que la madre puede autolesionarse o dañar a su hijo, la psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica.

3. Depresión mayor posparto

Es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y aunque suele pasar inadvertida afecta al 10-20% de las púerperas según diversos estudios. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas, e incluso superior al año sin tratamiento. La mujer siente fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto de éste. Existe una sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión de la madre, pudiendo aparecer una intolerancia extrema hacia el bebé, llegando a gritarle e incluso a pegarle. (3,4,5,12)

En cuanto a las causas, no se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación (3):

1. **Factores bioquímicos** : Estos problemas se han relacionado con el "fenómeno de retirada" por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la disminución del cortisol plasmático, la disminución del nivel de triptófano libre en suero, la existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento, la alteración de la función tiroidea o una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina.

2. **Antecedentes psiquiátricos previos** : Aunque la depresión postparto constituye en un 50% de los casos el primer episodio de un trastorno depresivo, estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo de reaparición tras el parto alcanza el 35% y si existen antecedentes de depresión posparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%. Igualmente las cifras se elevan si hay antecedentes familiares de depresión.

3. **Factores psicológicos** : El embarazo y el parto exigen la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino también con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas.

4. **Factores psicosociales** : La percepción subjetiva de falta de apoyo emocional que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos por parte de familiares o de su pareja y la falta de colaboración en la realización de las tareas domésticas o en el cuidado del niño, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. Otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

5. **Factores sociodemográficos** : La edad (tardía o temprana) de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica y la situación laboral de ambos cónyuges, son otras variables que se han estudiado en relación a este problema.

6. Morbilidad asociada : Incluye problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre , así como anomalías o enfermedades en el recién nacido. (prematuridad, bajo peso, muerte neonatal).

Entre los diversos instrumentos utilizados para la detección de la depresión postparto (Bromley Postnatal Depression Scale, Zerssen Self-Rating Scale, etc.) destaca por su amplia utilización y múltiples validaciones "**The Edinburgh Postnatal Depression Scale** " (EPDS) (13). Esta escala fue desarrollada en centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de la depresión postnatal y ha sido validada en numerosos países (3,14,15,16). La utilidad de este test para el diagnóstico de la depresión posparto en la población española de puérperas ha sido contrastada por un estudio barcelonés llevado a cabo por Lluïsa García Estévez (coordinadora de la Unidad de Psiquiatría y Psicología de la Mujer del Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínico de Barcelona) en colaboración con Carlos Ascaso (del departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona).(4)

El test consta de 10 preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen referencia a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3, obteniéndose una puntuación global de la suma de todas ellas.(17)

En el ámbito internacional el corte óptimo para establecer el diagnóstico de depresión postparto es de 13 puntos, sin embargo, a nivel nacional, el mismo ha sido establecido en 11 puntos. Un total de 12 o más puntos será pues indicativo de depresión postparto. La escala no detecta ansiedad, neurosis, desordenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de 2 semanas.(4)

La Psicoprofilaxis obstétrica engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las mujeres gestantes a partir del sexto mes de embarazo. El objetivo es abordar el parto sin temor y sin dolor, mediante un adecuado conocimiento del embarazo, parto y puerperio. La mujer recibe información sobre la psicología de la gestante y de la pareja y se le entrena con ejercicios prácticos (respiración, relajación abdominal y perineal y pujos) y de tipo psicológico (relajación y autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades en situaciones ansiógenas y habilidades sociales en ámbitos hospitalarios).(18)

La historia de la preparación para el parto arranca del año 1908 en EE.UU, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar. Pero hasta más adelante no se inicia el estudio más profundo del tema. Fue Dick-Read quien, en el año 1932 en Inglaterra, escribió que el miedo y la anticipación del dolor generan tensiones psíquicas y musculares para proteger el organismo; las tensiones musculares se oponen a la dilatación del canal del parto generando dolor al excitar las terminaciones nerviosas del útero que responden al exceso de tensión. A este proceso Dick-Read lo denominó **síndrome de miedo-tensión-dolor**, y para romper con él propuso la superación del miedo, eliminando la ansiedad y la tensión y sustituyéndolos por la calma y la relajación. Para conseguirlo desarrolló cursos de preparación cuyos objetivos eran eliminar el miedo y la ignorancia, además de reducir las tensiones, mediante la información y los ejercicios de relajación física y respiratoria. A su método lo denominó "**Parto sin temor**".(19)

Por otro lado diversas tendencias rusas, basándose en la filosofía pavloviana, concluyen que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales. Pretenden el descondicionamiento intentando separar el miedo al parto de las contracciones mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación.(20)

Lamaze, en Francia en el año 1952 pretende, mediante una información adecuada, eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor. Se trata de una preparación intelectual, física y psíquica. Este método permite a la mujer colaborar activamente en el parto y brinda a los padres la oportunidad de participar en sesiones de preparación, lo que facilitará una relación más positiva con su hijo/a. (21)

Este método se hace público en España en 1955, incorporándose como parte de las prestaciones de la Seguridad Social en el año 1959. Su demanda ha sido creciente y el Programa de Preparación al Parto se ha estandarizado como una prestación fundamental de la cartera de servicios en el seguimiento ambulatorio del embarazo, incluyendo controles periódicos de salud, sesiones educativas y entrenamiento en habilidades prácticas, e implicando a diferentes profesionales. (22,23)

Los beneficios y ventajas que obtienen las embarazadas que realizan una "preparación psicoprofiláctica" (24) a lo largo de su gestación han sido puestos de manifiesto por muchos estudios. Se ha comprobado que la sensación dolorosa a lo largo del parto es menor en aquellas mujeres que han recibido una preparación psicoprofiláctica de la gestación con respecto a las que no han recibido ningún tipo de preparación (25). Se estudió el efecto sobre la ansiedad y la actitud ante el parto de un curso de psicoprofilaxis obstétrica en primigestas y multigestas. Las embarazadas no preparadas incrementaron su ansiedad al final del embarazo, las primigestas preparadas habían reducido su ansiedad, su temor ante el parto y presentaban una mayor autoconfianza y deseo de participación en él, y las multigestas preparadas mantenían los mismos niveles de ansiedad de antes del inicio del curso pero habían incrementado su confianza en saber controlar su parto (26). Otros estudios revisados reconocen los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica, la cual logra reducir la duración del parto y consigue que las embarazadas vivan y entiendan mejor su embarazo, y que los maridos compartan y asistan al parto, lográndose que sea para ambos una experiencia positiva. (27,28)

La ausencia de estudios que hayan contrastado la eficacia de la psicoprofilaxis en la incidencia de la depresión posparto y debido a la importancia de este trastorno, tanto por su frecuencia como por las repercusiones físicas, psíquicas y sociales que llega a provocar en la mujer y su entorno, es lo que justifica nuestro estudio sobre este tipo de trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rios B, García-Noblejas J, Sánchez S. Depresión Postparto. En: Trastornos depresivos en la mujer: Depresión en patologías orgánicas. Madrid: Edicomplet; 1999. p. 12-26.
2. 2 Manchado F, García T, Moya N, Bernabéu N, Cerdá R. Depresión Puerperal: Factores relacionados. Atención Primaria 1997; 20 (4): 161-166.
3. Carro T, Sierra JM, Hernández MJ, Ladrón E, Barrio A. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Medicina General Mayo 2000: p. 452-456.
4. Fernandez C. El test EPDS permite diagnosticar la depresión postparto en Primaria. Diario Médico 2001, nº 2178.
5. DSM IV. Tratado de Psiquiatría. 3ª Edición 2000, p. 473-478.
6. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' intelligence: a critique and reanalysis. Child Psychiatry Hum Dev 1995; 25: 165-181.
7. Stein A, Gath DA, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and motherchild interaction. Br J Psychiatry 1991; 158: 46-52.
8. Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Barcelona: Masson; 1995.
9. Perez CA, Ramírez AL. Estudio piloto del trastorno mental puerperal severo. Iatreia 1994; 7: 13-17.
10. Inwood DG. The spectrum of post partum psychiatric disorders. En: Recent Advances in post partum psychiatric disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1985. p. 2-18.
11. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynaecology 2003; 13: 7-13.
12. Mosteiro MP, Fernández A, Morán D, Pellico M, Díaz E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. Enfermería Clínica 2001; 13 (4)
13. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Atención Primaria Jun 2002
14. Epperson N. Postpartum Major Depression: Detection and Treatment American Family Physician 1999; 59(8): 2247-2254.
15. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Sweden community sample. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:181 -184.
16. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. Psychosom Obstet Gynaecol 1995; 16:187
17. Cox JL, Holdsen JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br Psychiatry 1987; 150:782-786
18. Moreno A. El parto y sus problemas: Psicología y psicoprofilaxis obstétrica. En: UNED: Análisis y modificación de la conducta, Madrid 1985
19. Dick-Read G. Childbirth Without Fear. New York: Harper & Row, 1953.
20. Velvosky P, Ploticher S. Painless Childbirth through Psychoprophylaxis. Moscow: Foreign Languages Publishing House, 1960.
21. Lamaze F. Painless childbirth. London: Burke, 1958. Muruaga S. Análisis y prevención de la depresión postparto. Madrid: Ministerio de cultura, Instituto de la mujer, 1987. Georgin Mj, Magere A. Dumaine G. La maternidad. Cuadernos de Puericultura, Barcelona: Masson, 1987.
22. Sueiro E, Castro MI, García AM, Vale F, Vazquez E. Cuidados a la mujer y a su pareja previos al parto. Rev Rol de Enfermería 1996; 219.
23. Mateo J. Principales técnicas de relajación. Rev ROL Enfermería 2002; 25 (11):730-732
24. Botella N, Cabaleiro LF. Programa de promoción de salud materno-infantil. Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Departamento de Salud. 1998
25. Becerro de Bengoa C, Clavero JA. Gradación dolorosa y beta endorfinas en psicoprofilaxis obstétrica. Acta Ginecológica 1998; 55: 149-152
26. Grifol R, Martínez I, Soriano J, Minguez J, Monleón J. Ansiedad y actitud ante el parto tras el curso de psicoprofilaxis obstétrica. Acta Ginecológica 1994; 51: 14-19.
27. Mahecha O, Mendoza D, Torres Y, Guzmán M. Impacto del curso psicoprofiláctico en las usuarias. ISS nº 117.
28. Rochas AM. Eficacia de la Psicoprofilaxis obstétrica. Enferm Científ 1994; 150-151: 18-26.
29. Material de instrucciones y documentación. C4-Study design pack. Glaxo-Smithkline

OBJETIVO

Conocer la eficacia de un programa de psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la incidencia de depresión postparto.

HIPOTESIS

La incidencia de depresión postparto será un 50% menor en el grupo que realice la psicoprofilaxis y la preparación al parto con respecto al grupo que sólo realice la preparación al parto.

METODOLOGIA

Diseño: Ensayo clínico controlado y aleatorizado.

Período de estudio: Enero 2004-Diciembre 2006 (3 años)

Ambito de estudio: Centro de Salud de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid en el que se esté llevando a cabo un programa de preparación al parto.

Población: Embarazadas que acudan al Centro de Salud de Atención Primaria y sean incluidas en un programa de preparación al parto.

Muestra: Para una incidencia esperada de depresión post-parto del 15% en el grupo control y del 7,5 % en el grupo experimental, con un intervalo de confianza del 95%, una potencia del 80% y una tasa de abandonos estimada en el 10%, el tamaño muestral calculado para la comparación de dos proporciones es de 243 sujetos de estudio para cada uno de los grupos. Esto supone un periodo de reclutamiento de dos años.

Criterios de inclusión: Embarazadas incluidas en un programa de preparación al parto en el Centro de Atención Primaria y que den su consentimiento informado para la participación en el estudio.

Criterios de exclusión: En tanto que la intervención objeto de estudio es de tipo preventivo se excluirán aquellas embarazadas en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico activo. Asimismo, con objeto de evitar una intervención experimental incompleta se excluirán las embarazadas que se incorporen al programa de preparación al parto después de la 33 semana de gestación.

Variables y definición operativa:

- ☐ Datos de filiación: Iniciales, nº de historia clínica, teléfono de contacto y correo electrónico (opcional).
- ☐ Edad
- ☐ Número de hijos
- ☐ Gestación deseada: Entendiendo por la misma que el embarazo haya sido bien aceptado (SI/NO)
- ☐ Pareja estable (SI/NO)
- ☐ Antecedentes de aborto (SI/NO)
- ☐ Antecedentes de tratamiento psiquiátrico (SI/NO)
- ☐ Número de sesiones a las que ha asistido la embarazada
- ☐ Edad gestacional en el momento del parto
- ☐ Enfermedad congénita del neonato (SI/NO)
- ☐ Puntuación en el test EPDS. Aquellos sujetos con una puntuación superior o igual a 12 serán clasificados como CASO.

Fase experimental

El reclutamiento de los sujetos de estudio será accidental, coincidiendo con la captación en el programa de preparación al parto. La matrona, como miembro del equipo investigador, informará a la embarazada sobre el proyecto de investigación y solicitará su consentimiento informado para la participación en el mismo. Una vez obtenido el consentimiento informado se procederá a la asignación de la embarazada al grupo experimental o control, mediante un listado de números aleatorios generado por el paquete estadístico GlaxoSmithKline C4-Study Design Pack para Windows. En esta entrevista se recogerá la información correspondiente a las variables de estudio (Anexo 1), a excepción del número de sesiones a las que ha asistido la embarazada, edad gestacional en el momento del parto, enfermedad congénita del neonato y puntuación en el test EPDS.

Intervención

El grupo control comenzará sus sesiones de preparación estándar al parto, de acuerdo al protocolo del centro de salud, entre la 27 y la 31 semana de gestación y se prolongarán hasta el parto. Su tamaño no excederá de 20 personas. Las sesiones serán dirigidas por la matrona, con una frecuencia semanal, una duración de 1,5 horas e incluirán:

1. Charlas informativas

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino
- Evolución del embarazo normal
- Ejercicio, higiene y alimentación de la embarazada
- Proceso fisiológico del parto
- Preparación de la pareja para el ingreso y estancia hospitalaria
- Puerperio inmediato y tardío: Cambios físicos y psicológicos, higiene en el puerperio
- Lactancia natural, artificial y mixta
- Cuidados básicos del recién nacido
- Planificación familiar y sexualidad.

2. *Sesiones prácticas* que incluyen ejercicios físicos y respiratorios y ejercicios de relajación mediante la técnica de Schultz.

Las embarazadas pertenecientes al grupo experimental se ajustarán al esquema descrito para el grupo control y, a partir de la 33 semana de gestación, dichas sesiones se continuarán con las correspondientes a la intervención psicoprofiláctica. Las mismas serán dirigidas por la enfermera especialista en salud mental y tendrán una duración aproximada de 1,5 horas. El número previsto de sesiones correspondientes a la intervención experimental es de 10, pero el número real estará condicionado por la adherencia al programa y por la edad gestacional en el momento del parto. El contenido de estas sesiones se estructurará en:

1. *Charlas informativas:*

- Cambios psicológicos y preocupaciones habituales relacionadas con los cambios corporales.
- Dimensión psíquica de la maternidad y paternidad.
- La crianza del futuro bebé.
- Vínculo madre-hijo. Afectividad.
- Cambios psicológicos que surgen en el puerperio.
- Depresión postparto. Concepto. Síntomas y prevención.
- Cambios en la dinámica social y familiar ante el embarazo.
- Cambios en la dinámica social y familiar ante el parto, puerperio y la crianza.
- Desarrollo psíquico del niño o de la niña y los problemas que este desarrollo puede plantear al grupo familiar.

2. *Grupo de apoyo* : Con el mismo se pretenderá que las embarazadas asistentes hablen de sus vivencias y fantasías sobre el embarazo y el parto, así como de sus temores y ansiedades. El objetivo perseguido en este grupo es que la embarazada resuelva sus dudas sobre el embarazo y el cambio de vida próximo y se sienta más segura de sí misma para poder adaptarse lo mejor posible a la nueva situación y vivir de una forma positiva el proceso de la maternidad.

Se llevará un registro de las sesiones a las que ha asistido cada uno de los sujetos de estudio, tanto para el grupo experimental como control.

En la primera visita puerperal de la madre con la matrona (aproximadamente entre el quinto y décimo día postparto), se le proporcionará el test EPDS (Anexo 2) acompañado de un sobre dirigido a la matrona del centro de salud y con franqueo en destino. Asimismo se recogerá la información correspondiente a las variables edad gestacional en el momento del parto y enfermedad congénita del neonato.

En la cuarta semana post-parto la enfermera especialista en salud mental se pondrá en contacto por vía telefónica con la madre para recordarle la necesidad de cumplimentar el test EPDS y su envío por correo. Alternativamente se podrá utilizar el correo electrónico. Las características del experimento impiden la posibilidad de incluir medidas de enmascaramiento, lo cual no comprometerá, a juicio del equipo investigador, la validez de los hallazgos.

Análisis de datos

Tras su inclusión en el paquete estadístico SPSS para Windows ver 11.0 se procederá al cálculo, sobre una tabla de 2x2 en la que se incluya el número de casos (SI/NO) de depresión postparto y la realización de psicoprofilaxis (SI/NO), del Riesgo Relativo para cada uno de los grupos (experimental y control) y su nivel de confianza con un error alfa del 5%, así como su significación estadística mediante el test Chi cuadrado.

Se excluirá del análisis aquellos casos con una adherencia a la intervención experimental inferior al 80% o superior al 120%.

Se calculará la homogeneidad de ambos grupos para las variables edad, número de hijos, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, gestación deseada, pareja estable, antecedentes de aborto, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, número de sesiones de preparación estándar atendidas por la embarazada y enfermedad congénita del neonato.

Cuando se haya alcanzado la mitad de la muestra del estudio se hará un análisis parcial de los resultados.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES DEL ESTUDIO

- Falta de adherencia por parte de las embarazadas al programa de psicoprofilaxis (baja asistencia).
- Permeabilidad del efecto de la intervención desde el grupo experimental al grupo control, relacionado con un intercambio de información entre las embarazadas pertenecientes a ambos grupos.
- Pérdida en el retorno de la escala EPDS.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Si se demuestra la hipótesis de nuestro estudio la estandarización de los programas de Psicoprofilaxis obstétrica permitiría reducir la incidencia de la depresión post-parto y el coste sanitario correspondiente.

CRONOGRAMA

- Enero-Junio 2004: Elaboración de los contenidos y pilotaje de la intervención durante un periodo de 6 meses.
- Julio 2004-Julio 2006: Fase experimental durante un periodo de dos años
- Agosto-Diciembre 2006: Análisis y comunicación de los resultados

RECURSOS

Recursos materiales disponibles

- ☐ Espacios físicos: sala de grupos, despachos para consultas.

Recursos materiales solicitados

- ☐ Ordenador portátil y software informático.
- ☐ Cañón proyector.
- ☐ Impresora.
- ☐ Paquete estadístico de análisis de datos (SPSS ver 11.0)
- ☐ Material de oficina.
- ☐ Inscripción a congreso y bolsa de viaje.

Personal investigador

- ☐ 2 matronas
- ☐ Enfermera especialista en salud mental.

PRESUPUESTO

- ☐ Ordenador portátil y software 2.100 €
- ☐ Cañón proyector 3.000 €
- ☐ Programa informático de análisis estadístico 120 €
- ☐ Material de oficina 1000 €
- ☐ Impresora 300 €
- ☐ Inscripción para un Congreso de ámbito nacional y bolsa de viaje 1.800 €

TOTAL 8.320€

ANEXO 1

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Instrucciones: Como ha tenido recientemente un bebé, nos gustaría conocer como se siente. Por favor escoja la respuesta que mejor refleje como se ha sentido en la última semana, no solo como se siente hoy.

1 En la última semana he sido capaz de reír y de ver el lado divertido de las cosas:

- A) Tanto como siempre
- B) No tanto como antes
- C) Sin duda ahora no mucho
- D) No en absoluto

2 En la última semana he mirado las cosas con ilusión:

- A) Tanto como siempre
- B) Algo menos de lo habitual
- C) Definitivamente menos de lo habitual
- D) Apenas

3 En la última semana me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:

- A) Sí, la mayoría de las veces
- B) Sí, algunas veces
- C) No casi nunca
- D) Nunca

4 En la última semana me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:

- A) No, nunca
- B) Casi nunca
- C) Sí, a veces
- D) Sí, muy frecuentemente

5 En la última semana he sentido miedo o he estado asustada sin motivo:

- A) Sí, bastantes veces
- B) Sí, a veces
- C) No, no mucho
- D) No, nunca

6 En la última semana las cosas me han agobiado:

- A) Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de defenderme
- B) Sí, algunas veces no me he defendido tan bien como suelo
- C) No, la mayoría de las veces me he defendido bien
- D) No, me he defendido tan bien como siempre

7 En la última semana me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

- A) Sí, la mayoría de las veces
- B) Sí, a veces
- C) No muy a menudo

D) No, nunca

8 En la última semana me he sentido triste o desgraciada:

- A) Sí, la mayoría de las veces
- B) Sí, frecuentemente
- C) No muy a menudo
- D) No, nunca

9 En la última semana me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- A) Sí, la mayoría de las veces
- B) Sí, frecuentemente
- C) Solo ocasionalmente
- D) No, nunca

10 En la última semana he tenido pensamientos de hacerme daño:

- A) Sí, frecuentemente
- B) A veces
- C) Casi nunca
- D) Nunca

ANEXO 2

Hoja de recogida de datos

- Datos de filiación:

- ☐ Iniciales:
- ☐ Nº de Historia Clínica:
- ☐ Teléfono de contacto:
- ☐ E-mail:

- Edad:

- Número de hijos:

- Gestación deseada: **SI** **NO**

- Pareja estable: **SI** **NO**

- Antecedentes de aborto: **SI** **NO**

- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico: **SI** **NO**

- Número de sesiones a las que ha asistido la embarazada: **SI** **NO**

- Edad gestacional en el momento del parto:

- Enfermedad congénita del neonato: **SI** **NO**

- Puntuación en el test EPDS: