



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO (PDPDP)

Enlace web: <http://pospartodepresion.blogspot.com.es/>

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Centro de Salud Soria Norte
- **Domicilio social:** Paseo del Espolón, 16. 42001. Soria
- **CCAA:** Castilla y León
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
 - Nombre y apellidos: José M^a Sierra Manzano
 - E-mail: jsierram@saludcastillayleon.es
 - Teléfonos: 975-221561

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2008
- **Actualmente en activo:** si
- **Prevista su finalización:** no prevista

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Promoción de la salud en el puerperio. Atención sanitaria al puerperio.
---	---

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La investigación llevada a cabo en las últimas décadas ha demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias relativas al género en la morbilidad psiquiátrica. En el ámbito europeo Italia y España son los países donde las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno mental en los últimos 12 meses (OR = 2,34 en España y OR = 2,57 en Italia). Esta mayor incidencia en mujeres se sustenta en la presencia de cuadros depresivos - ratio 2,8:1 - (la depresión, patología psiquiátrica más prevalente en las mujeres, aparece como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad en la estimación para el año 2020) (1), ansiosos - ratio 2:1-, somatomorfos - ratio 2,5:1 - y de la conducta alimenticia - ratio 6:1 -, y es influenciada, entre otros, por factores socio-culturales (situación laboral, dinámica social y familiar, inmigración) y de la fisiología femenina / ciclo reproductivo (trastorno disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y en el posparto, menopausia) (2).

La depresión posparto es una de las patologías más frecuentes en el puerperio y afecta en nuestro país al 10-15% de la madres (3,4). Su causa es incierta y se sugiere una etiología multifactorial siendo factores de riesgo para su aparición los antecedentes de depresión, la falta de arraigo social, el escaso apoyo familiar y una situación económica desfavorecida. Se inicia entre las 2-4 semanas tras el parto, con una duración superior al año sin tratamiento y cursa de forma característica en forma de depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo del hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo (5); tratada de forma adecuada suele ser de buen pronóstico, aunque el riesgo de recurrencia en posteriores embarazos es elevado. Además puede condicionar importantes alteraciones en la relación madre e hijo y, lo que puede ser más preocupante y que nos obliga a su detección temprana, ocasionar un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en un contexto socioeconómico desfavorable (6). Incluso los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión en este periodo, manifestaron coeficientes intelectuales más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron (7).

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



A pesar de que la clasificación DSM-5 no reconoce la depresión postparto como un diagnóstico independiente y la define como un episodio depresivo mayor con un inicio en el embarazo o dentro de las 4 semanas tras el parto (el intervalo deriva de los datos de ingresos hospitalarios en púerperas por enfermedad psiquiátrica grave y no responde a una razón fisiopatológica clara) y que en el ICD-10 un inicio posnatal se considera el incluido dentro de esas 6 semanas, diversas guías consideran un período de inicio más amplio para hablar de depresión postparto (incluso cuando aparece hasta los 12 meses posteriores) (8).

La realización de programas de detección precoz de enfermedades se justifica si se reúnen determinados criterios que incluyen la existencia de una herramienta de cribado adecuada, un estado latente de la enfermedad y un tratamiento eficaz (9). Las ventajas de la detección precoz de la depresión postparto, no siempre reconocidas pero avaladas por múltiples programas (10,11), radican en que las medidas de intervención tienen bajo riesgo de efectos adversos, son bien aceptadas por las pacientes y por los profesionales sanitarios, mejoran el vínculo madre-hijo disminuyendo las consecuencias negativas sobre el desarrollo del recién nacido y del núcleo familiar y son fácilmente aplicables a través de nuestro sistema de salud. Entre los diversos instrumentos utilizados para su detección precoz (Postpartum Depression Screening Scale, Bromley Posnatal Depression Scale, Zerssen Self-Rating Scale, Zung Scale Inventory, Postpartum Depression Predictors, Beck Depression Inventory-II) destaca por su amplia utilización y múltiples validaciones la **Edinburgh Postnatal Depression Scale** (Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, EPDS) (12), desarrollada en Escocia, en los centros de salud en Livingston y Edimburgo, para asistir a los profesionales de salud de atención primaria como una ayuda a la supervisión clínica y para facilitar la discusión de problemas emocionales (13), pero no para reemplazarla; es simple de administrar, fácil de interpretar y con una sensibilidad suficiente para considerarla de elección. El mejor momento para aplicar la EPDS es a las 8 semanas tras el parto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (14). En caso de duda puede ser útil repetir la escala después de 2 semanas.

Dado que existe un problema generalizado de infradiagnóstico de la depresión postparto (clínicamente se detecta menos del 1% de los casos) que obedece a la escasa especificidad de la sintomatología, al bajo nivel de consulta de las madres por este tema (sensaciones de culpa y/o vergüenza), a la escasa información de los profesionales sanitarios sobre esta patología y sus consecuencias, a la no utilización rutinaria de herramientas de detección precoz y a la ausencia de entrevistas sistemáticas para la confirmación del diagnóstico, hemos implementado desde el año



2008 en la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria (GIS), un proceso de detección precoz de la depresión posparto (PDPDP) de forma integral, escalonada y colaborativa, mediante la implicación de los profesionales del Centro de Salud Soria Norte (enfermería pediátrica, medicina de familia y trabajadora social) y de la Unidad de Salud Mental.

La búsqueda de la evidencia científica para una revisión inicial del proceso se realizó en:

- PubMed Health (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth): Medical Subject Headings (MeSH)
 - Postnatal depression, Postpartum depression, Screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Primary care, Cost-benefit analysis
- Cochrane (<http://www.cochrane.org>)
 - Postnatal depression, Postpartum depression, Screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Primary care, Cost-benefit analysis
- TRIP Data Base (<https://www.tripdatabase.com>):
 - Postnatal depression, Screening, Primary care
- Índice Médico Español (IME) (<http://bddoc.csic.es:8080>):
 - Depresión posparto, Atención primaria, Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

8. OBJETIVOS

- **General**
 - o Mejorar la atención integral a la mujer en el posparto desde una visión holística: biológica, psicológica y social.
- **Específicos**
 - o Implementar un proceso de detección precoz de la depresión posparto sencillo y accesible a todas las mujeres y valorar su aceptación y eficiencia.
 - o Crear y consolidar un equipo integrado y multidisciplinario de atención psicológica a la mujer en el posparto, para disminuir su morbilidad y la de su hijo.
 - o Dotar de herramientas de comunicación que faciliten, de forma específica, la relación y confianza entre las mujeres en el posparto y los profesionales de enfermería pediátrica (binomio madre-hijo como eje de la atención).

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Según la Estrategia en Salud Mental del Servicio Nacional de Salud la investigación básica, clínica, evaluativa y traslacional, con un enfoque biopsicosocial y prioritariamente integrador, constituye el ámbito y la orientación principal de la investigación en salud mental, y declara como uno de sus objetivos la detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por



ansiedad y depresión, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria (15). Asimismo la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva recomienda, en los cuidados propios del puerperio, ofrecer a todas las mujeres una revisión a las 6-8 semanas que se centre en su salud física y emocional, en vías a identificar los signos y síntomas de los problemas de salud mental materna (depresión posparto, psicosis puerperal, trastorno de estrés postraumático posparto) (16).

En este contexto, los trastornos del estado del ánimo con los que nos podemos encontrar en el puerperio, en orden de menor a mayor gravedad son: la disforia posparto (depresión posparto leve o *maternity blues*), la depresión mayor posparto y la psicosis posparto (17). La depresión posparto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del recién nacido, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud de su hijo o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas (18). Se pretende que el personal de enfermería pediátrica, piedra angular que favorece la entrevista emocional y facilita el acceso a este proceso, tome consciencia sobre los factores de riesgo de la depresión posparto, ayude a la madre a interpretar su situación y aplique actividades de prevención y control, tras proporcionales el conocimiento y los instrumentos precisos, mediante actividades consistentes en:

- asistir a una presentación sobre la depresión posparto (1 hora).
- participar en un taller de detección precoz de la depresión posparto (2 horas).
- poner a su alcance, para consulta, la guía para enfermería *Intervenciones para la Depresión Posparto* (19).
- recibir formación y asesoramiento, por parte de los psicólogos de la GIS, en actividades de *afrentamiento* (instrumentales, ambientales y educativas) y asesoramiento o *coaching* (acompañar, instruir y entrenar a una persona con el objetivo de desarrollar habilidades específicas) relacionadas con, en otros, el aislamiento social, la ansiedad, el insomnio, el déficit de autocuidados o la alteración de la autoestima (4 sesiones de 2 horas).

La población diana del PDPDP son las puérperas pertenecientes al Centro de Salud Soria Norte captadas durante la revisión de su hijo en el Programa del Niño Sano en la consulta de enfermería pediátrica, a las 2 u 8 semanas, según criterios de riesgo materno (20). Participan en el proceso, los siguientes profesionales de la GIS: enfermería pediátrica (2 consultas), trabajadora social (1 consulta), médicos de familia (12 consultas) y la unidad de Salud Mental (psicólogos y psiquiatras), ya que consideramos que la eficacia de la detección precoz de la depresión postparto



esta relacionada con nuestra capacidad para garantizar la adecuada confirmación diagnóstica y el seguimiento de las mujeres con resultados positivo (21).

Hemos considerado criterios de exclusión tanto la negativa a participar en el proceso como la imposibilidad de contestar de forma precisa la EPDS y los cuestionarios de aceptabilidad del proceso, satisfacción y valoración contingente (desconocimiento del idioma, discapacidad mental,...); en caso de analfabetismo o deficiencias sensoriales la paciente es asistida por el personal sanitario, procurando en todo momento no influir en sus respuestas.

Aspectos éticos. La participación en el proceso por parte de las puérperas es voluntaria ya que la EPDS, así como del resto del cuestionario, es autocumplimentada y de ello se informa de forma verbal a las mujeres para su conocimiento y consentimiento. Además, nuestro diseño del PDPDP no implica riesgos para las mujeres participantes, ya que únicamente detectamos, de forma precoz, un riesgo elevado de padecer una depresión posparto al utilizar la EPDS como una herramienta de cribado y discusión y no de diagnóstico; antes de cualquier otra actuación efectuamos una detenida evaluación diagnóstica por su médico de familia y, en caso necesario, por los servicios de Salud Mental. Finalmente, a aquellas mujeres con una puntuación aislada elevada en cualquiera de los ítems de la EPDS, aún siendo esta globalmente negativa, es decir ≤ 11 , se le ofrece asesoramiento y apoyo en de las consultas de enfermería pediátrica y trabajadora social.

10. METODOLOGÍA

Tras la revisión bibliográfica ya reseñada, se profundizó en el conocimiento genérico de la depresión posparto realizando varias publicaciones, tanto nacionales (22) como internacionales (23), y con un estudio piloto, previo a la implantación del PDPDP, que fue seleccionado y financiado como Proyecto de Investigación en Biomedicina, Biotecnología y Ciencias de la Salud por la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León en 2008, con los siguientes resultados: puntuación media EPDS: 5,99 puntos, EPDS > 11: 16.7 % y disponibilidad a pagar 30,71 €. El PDPDP se implanta en 2008, mediante la captación de las puérperas en la consultas de enfermería pediátrica, durante la revisión del Programa del Niño Sano correspondiente a los 8 semanas (o a las de las 2 semanas si existen antecedentes o criterios de riesgo de la madre; en este periodo también tienen capacidad de intervención las matronas si detectan riesgo durante la realización de la visita puerperal) y la cumplimentación de la EPDS, validada en nuestro país (24) con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63%.



La EPDS consta de diez preguntas cortas que hacen referencia a cómo se ha sentido la mujer en la última semana, cada una de ellas con cuatro posibles respuestas que puntúan entre 0 y 3 puntos de acuerdo con un orden creciente de gravedad de los síntomas. El método más adecuado de diagnóstico de la depresión posparto parece ser el realizado en dos etapas, como el que nosotros proponemos: rastreo con la EPDS no como método diagnóstico sino de detección de riesgo elevado de depresión posparto, y posterior confirmación a través de entrevistas clínicas, en las que además se valora el riesgo, aparentemente débil, de suicidio. Por ello, con una puntuación EPDS > 11 se indica la necesidad de acudir a su médico de familia para una evaluación más completa, que comprenda, además de los diagnósticos diferenciales que se deben descartar frente a cualquier episodio depresivo, cuadros como la disforia posparto y la psicosis posparto, y un posterior seguimiento en dichas consultas o intervención de la unidad de Salud Mental en casos complejos. Si la puntuación EPDS \leq 11 acude a su médico de familia sólo si aparecen posteriormente alteraciones del estado de ánimo, o si en la pregunta 10 (*se me ha ocurrido la idea de hacerme daño*) la respuesta es diferente de "no, nunca". Si en las consultas de enfermería pediátrica se detecta problemática socio-sanitaria (riesgo social) se recaba el apoyo de la trabajadora social del Centro de Salud Soria Norte. En caso de diagnóstico de depresión se actuara siguiendo los mismos protocolos que para la población general con dos únicas diferencias: a la mujer se la considerará de riesgo para esta patología en posteriores embarazos y de cara a un tratamiento farmacológico se deberá tener en cuenta la posibilidad de la lactancia.

La EPDS tiene una buena aceptación por parte de las mujeres, tanto deprimidas como no, y sus opiniones positivas sobre la conveniencia de la detección precoz de la depresión posparto deberían ser de utilidad a los responsables políticos, y cuentan con un amplio apoyo a la EPDS como una herramienta de útil de cribado poblacional (25) y asumible desde el punto de vista económico (26). Referencias institucionales al uso de la EPDS podemos encontrarlas en:

- <http://www.nhs.uk/Conditions/Postnataldepression/Pages/Diagnosis.aspx>
- http://nj.gov/health/fhs/postpartumdepression/screening_for_ppd.shtml
- <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/Mod%204%20Escala%20Edimburgo.pdf>

Analizamos la aceptabilidad del PDPDP por parte de las mujeres que lo han utilizado a través de un cuestionario con las siguientes preguntas:

1. ¿Ha oído comentarios o recibido información sobre la depresión posparto?
2. ¿La depresión posparto es un tema importante de salud?
3. ¿Le parece importante llevar a cabo PDPDP?
4. ¿Le ha resultado complicado responder al EPDS?
5. ¿Le ha resultado incomodo o molesto contestar a EPDS?



La satisfacción de las mujeres participantes en el PDPDP la estudiamos mediante la técnica de la *pregunta decisiva* (27). Existe una fuerte relación entre la satisfacción de los usuarios y su disposición a recomendar una actividad, marca u organización. *La pregunta decisiva* se basa en una encuesta de una sola pregunta, para determinar el nivel de satisfacción del usuario, que mide el grado de predisposición a recomendar los servicios recibidos: *¿Cuál es la probabilidad de que usted recomiende nuestro servicio?*. Su utilidad se basa en entender la experiencia del usuario desde una perspectiva intuitiva que agrega una dimensión emocional a su satisfacción. Las opiniones de las enfermeras pediátricas se recogen de forma cualitativa, en una sesión conjunta con el responsable del PDPDP que actúa como moderador, mediante la técnica del grupo nominal.

El análisis coste-beneficio (ACB) es la técnica de evaluación económica que utiliza el dinero como unidad de medida de los resultados. Ha sido poco utilizado en el contexto de la evaluación de proyectos cuyo resultado principal consiste en la mejora del estado de salud de los individuos debido a las dificultades y resistencias que presenta la valoración monetaria de los cambios en el estado de salud (28). La alternativa preferida es el recurso al método de la valoración contingente, a través del cual se obtiene la disposición a pagar (29). En nuestro PDPDP la definición del producto es el *valor de opción* (valor asociado al hecho de que un producto esté disponible en caso de necesidad), la perspectiva de la valoración es *ex ante* (supone que la persona no ha sufrido aún dicho problema), la pregunta sobre la disposición a pagar es de tipo *carta de pago* (se proponen diversas cantidades para que el entrevistado elija cuáles pagaría), el modo de administración de la encuesta es mediante *entrevista personal* y la fuente de preferencias son las *mujeres susceptibles de padecer una depresión posparto* (30).

Los recursos humanos y materiales utilizados suponen un coste por consulta; lo desglosamos en relación con la detección precoz, no con intervenciones posteriores a un diagnóstico confirmado como revisiones, tratamientos o pérdidas laborales, que no forman parte estricta del mismo:

Diagnóstico precoz	Tiempo de consulta	Coste consulta	Número de mujeres	Coste total
Enfermería	10'	3 €	635	1905 €
Médico de familia	30'	12 €	76	912 €
Salud mental	30'	15 €	20	300 €
Material				30 €
Total				3147 €

Limitaciones del PDPDP:

- respecto a la población diana:
 - o la exclusión de aquellas mujeres que desconocen el idioma podría afectar a la aplicabilidad; a pesar de que una primera valoración sitúa la pérdida por debajo del 5% de las mujeres, debemos tener en cuenta que es una subgrupo de riesgo para la patología estudiada.
- respecto al análisis coste-beneficio:
 - o la carga de subjetividad que aporta al análisis económico el método de la valoración contingente.
 - o la divergencia entre una disponibilidad a pagar expresada (teórica) y la real.

Nuestro PDPDP es de aplicación sencilla, no comporta excesivos costes ni sobrecarga asistencial, promueve el trabajo integrado y colaborativo y se puede trasladar a otros contextos sanitarios sin excesivas dificultades. Su implantación, en nuestra opinión, es una decisión política y organizativa. Una muestra reciente de ello es el Gobierno de Chile que en 2014 ha implantado el *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*, dirigido a los profesionales de la atención primaria como herramientas para detectar en forma precoz y apoyar el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto, para disminuir la morbilidad de la madre y del recién nacido.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES Y RESULTADOS

El 100% de las mujeres a las que se propuso participar en el PDPDP aceptaron; no participaron 82 mujeres por los criterios de exclusión ya reseñados.



1. Riesgo de depresión posparto: % de mujeres puérperas en riesgo de depresión posparto

- mujeres con una EPDS > 11 / total de mujeres (segmentado por procedencia: inmigrante / no inmigrante)

	Inmigrantes	No inmigrantes	Total
Casos	149	486	635
Edad media (años)	28,3	33,7	32,5
EPDS media (puntos)	8	4,6	5,4
EPDS > 11 (riesgo DPP)	26,2%	7,6%	12%

*DPP: depresión posparto ** EPDS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

- los porcentajes de riesgo de depresión posparto, 12%, están en línea con los estudios realizados en nuestro país; es destacable y significativa la confirmación del importante porcentaje de mujeres inmigrantes en riesgo (26,2%).

2. Aceptabilidad: % de mujeres puérperas con respuestas positivas a las preguntas del cuestionario

- mujeres con respuesta SI en el cuestionario / total de mujeres (segmentado por procedencia: inmigrante / no inmigrante)

	Inmigrantes	No inmigrantes	Total
Tiene información de la DPP	73,2%	95,5%	90,2%
La DPP es importante	85,2%	95,3%	92,9%
Es importante un PDPDP	91,9%	99,8%	98,1%
EPDS : es complicado	13,4%	2,5%	4,9%
EPDS: es molesto	5,9%	0,6%	1,9%

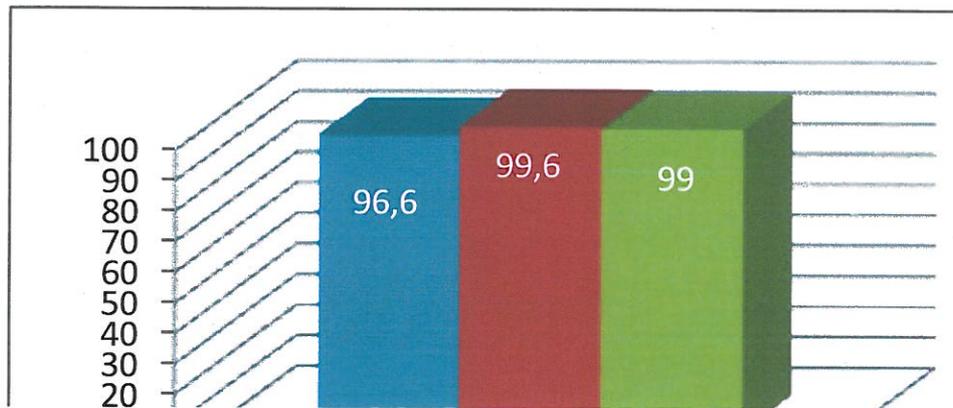
*DPP: depresión posparto PDPDP: proceso de detección precoz de la depresión posparto

*** EPDS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

- según la opinión de las mujeres la EDPS no es complicada de contestar ni sus preguntas son molestas; consideran asimismo que la depresión posparto es un importante problema de salud (92,9%) y que también lo es la implantación de un PDPDP (98,1%).

3. Satisfacción con el PDPDP: % de mujeres puérperas con respuestas positivas a la pregunta decisiva

- Mujeres con respuesta SI a la pregunta decisiva ¿Aconsejaría la participación de aquellas mujeres que hayan tenido un hijo recientemente en un PDPDP como este? / total de mujeres (segmentado por procedencia: inmigrante o no inmigrante)



- tanto las mujeres inmigrantes como las no inmigrantes se manifiestan muy satisfechas con el PDPDP (99%) y aconsejarían la generalización del proceso.

4. Valoración cualitativa del PDPDP por las enfermeras pediátricas, mediante la técnica del grupo nominal: la experiencia es muy positiva y se resume en:

- el PDPDP tiene una gran aceptación por parte de las mujeres, ya que ninguna se niega participar en el mismo y manifiestan durante la entrevista el valor añadido que supone la satisfacción de una necesidad no manifestada pero sentida.
- mediante la cumplimentación y valoración de la EDPS se exploran situaciones que afectan a la salud integral de la mujer que con anterioridad, o sin cumplimentar la EDPS, no se habrían puesto de manifiesto, con la satisfacción por poder trabajar sobre la salud física, psicológica y social del binomio madre-hijo.
- empatía: la relación con las puérperas se desarrolla a un nivel más afectivo lo que facilita la interacción: mejora de la interacción emocional.
- asertividad: los profesionales de enfermería pediátrica se sienten mucho más realizados como sanitarios al poder trabajar, aconsejar y seguir a las mujeres ayudándoles a solventar sus problemas: mejora de la capacidad resolutive.

5. Análisis coste-beneficio mediante la valoración contingente:

- Disposición a pagar en €, segmentado por procedencia (inmigrante / no inmigrante) y riesgo de depresión posparto (EPDS > 11)

Disposición a pagar	Inmigrantes	No inmigrantes	Total
EPDS > 11 (riesgo DPP)	14,9 €	26,1 €	20,3 €
EPDS ≤ 11 (bajo riesgo DPP)	18,6 €	27,3 €	25,6 €
Total	17,6 €	27,2 €	24,9 €

*DPP: depresión posparto **EPDS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

- La disposición a pagar media por participar en el PDPDP es elevada (aproximadamente de 25 €), con diferencias significativas en relación con la capacidad económica de la población inmigrante; la eficiencia del PDPDP vendría avalada por una relación entre la disposición total a pagar total (15.875 €) y los costes totales del proceso (3.147 €) > 5..

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La salud mental de las mujeres se reconoce como la variable de mayor impacto en el bienestar individual, familiar y social; afianzar su estudio supone un esfuerzo que debe tener en cuenta factores biológicos, ambientales y psicosociales, e incorporar aquellas variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, el tratamiento y la investigación.

Los profesionales de atención de la salud que prestan atención en el postparto, deben evaluar e identificar los síntomas depresivos en las mujeres puérperas. La realización de PDPDP, mediante la EDPS, en una buena práctica que debe incorporarse de forma rutinaria a las prestaciones de los servicios de salud, en especial en las consultas de enfermería pediátrica de atención primaria. No sólo es importante para el éxito del tratamiento de la mujer que la padece sino también para evitar la afectación en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, así como dificultades familiares y sociales.

Un subgrupo de especial riesgo es el de las mujeres inmigrantes, colectivo con mayor problemática familiar, económica y de falta de apoyo social, por lo que se constituye un objetivo prioritario de actuación, ya que el embarazo y el parto hacen a estas mujeres mucho más vulnerables a los trastornos mentales. En el futuro deberemos activar estrategias para la captación

de todas las mujeres inmigrantes facilitándoles la cumplimentación del cuestionario a través de personas con ellas relacionadas o servicios de traducción.

La implantación de un PDPDP en los servicios de salud viene avalada por la satisfacción de las necesidades de las mujeres que han participado en el mismo y de las expectativas de los profesionales sanitarios implicados, así como por su eficiencia, acreditada por el análisis coste-beneficios con el método de la valoración contingente, y puede hacer visible el sufrimiento de las mujeres que la padecen, sin ningún auxilio, en una etapa crucial de sus vidas y de la de sus hijos que conlleva una carga física, social y económica para la gestante, la familia y el sistema de salud. Nuestro siguiente proyecto es implantar un Proceso de Detección Precoz de la Depresión en el Embarazo (PDPDE) con las matronas como eje central de dicha actividad.

Bibliografía

1. Murray CJL, López JJ. Global comparative assessment in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva. World Health Organization. 1994.
2. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit 2004; 18 (1): 175-181.
3. Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Valles Fernández N, et al. Depresión posparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria 1999; 24:215-9.
4. Machado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabeu Sáez N, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores asociados. Aten Primaria 1997; 20:161-6.
5. Ríos Rial B, García-Noblejas Sánchez-Migallón J, Sánchez Cubas S. Depresión posparto. En: Ríos Rial B, coordinadora. Trastornos depresivos en la mujer. Depresión en patologías orgánicas. Madrid: Edicomplet S.A.1999.
6. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6:1231-9.
7. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual Problems Shown by 11 -year- old Children Whose Mothers Had Postnatal Depression. J. Child Psychol. Psychiatry. 2001; 42 (7):871-89.
8. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med 2002; 347:194-9.
9. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for diseases. Geneva: WHO, 1968.

10. Myers ER et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. Agency for Healthcare Research and Quality; April 2013.
11. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto, y apoyo al tratamiento. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. MINSAL. 2014.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication no. 127). [March 2012]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>.
14. Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. Médica Chile*. 2008; 136(7):851-8.
15. Estrategia en Salud Mental del Servicio Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.
16. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2009.
17. Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el posparto. *Medicina General* 2000, 10 (24): 452-456.
18. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. University Health Network Women's Health Program. Toronto. 2003.
19. Intervenciones para la depresión posparto. Resumen de recomendaciones para la práctica. Asociación Profesional de Enfermería de Ontario (RMAO). Available from URL: (http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/IntervencionesDepresionPosparto_022014.pdf).
20. Reproductive mental illness during the perinatal period. British Columbia Care Program. Vancouver. 2003.
21. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, Wald MF, McBroom AJ, Lallinger KR, Gray RN, Green C, Sanders GD. Efficacy and safety of screening for postpartum depression. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Comparative Effectiveness Review No. 106. 2013.
22. Sierra Manzano JM, Carro García T, Ladrón Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria*. 2002; 30 (2): 103-111.



23. Sierra Manzano JM. Review: antenatal screening tools to predict postnatal depression generally have low specificity and sensitivity. Evidence-Based Mental Health. 2003; 6:77.
 24. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord. 2003 Jun;75(1):71-6.
 25. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J. A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. BMC Public Health. 2006; 6:211. Published online 2006 August 17.
 26. Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL. Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. Int J Technol Assess Health Care. 2006; 22(4):443-53. y social Andrew H. et al. The Journal of Family Practice 2013; 62 (11).
 27. La pregunta decisiva. Reichheld F. Harvard Business School Press. Bilbao. 2007.
 28. Prieto L, Sacristán JA, Pinto JL, Xavier Badia X, Antoñanzas F, Llano J. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc) 2004; 122(11):423-9.
 29. Puig-Junoy J, Dalmau-Matarrodona E. Una revisión del método de la valoración contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España. Hacienda Pública Española, 2000; 3 (154).
 30. Pinto Prades JL, Sánchez Martínez FI. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. CRES. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2003.
-

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.