



Universidad del País Vasco  
Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA  
ETA ERIZAINZAKO  
FAKULTATEA  
FACULTAD  
DE MEDICINA  
Y ENFERMERÍA

**ERIZAINZAKO GRADUA  
GIPUZKOA  
GRADO EN ENFERMERIA**

2017 / 2018 ikasturtea

## **ERIZAINAREN ZEREGINA ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN MANEIAN**

ARGIÑE ELIZONDO GUELBENZU

ZUZENDARIA: MIKEL ASIER GARRO BERISTAIN



## LABURPENA

**Sarrera:** erditzea prozesu garrantzitsua izaten da emakumearentzat nahiz bere ingurunearentzat. Haurra erditu eta plazenta ateratzen denetik erditu osteko denbora tartearen hasten da, non emakumeak aldaketa fisikoak nahiz mentalak izaten dituen. Normalean erditu ondorengo 6-8 asteetara egoera lehengoratzeko bada ere, emakume askorentzat aro gogorra eta neketsua izaten da sortzen duen antsietatea eta umore aldaketak direla medio. **Helburuak:** lan honen helburu nagusia erditu osteko depresioaren maneian erizainaren interbentzioa definitzea da. Helburu zehatzak honako hauek dira; gaixotasunaren arrisku-faktoreak nahiz zeinuak eta sintomak azaltzea, gaixotasunaren detekzioa egiteko dauden tresnak identifikatzea eta asaldura honek emakumearengan, haurraren eta familiarengan duen eragina aztertzea. **Metodologia:** errebisio sistematiko bat egin da. Horretarako, datu-base desberdinetan informazioa bilatu da, horien artean, PubMed, Dialnet eta Biblioteca Virtual de la Salud-eko artikulak erabili direlarik. Horrez gain, Espainiako Ministeritzako eta Osakidetzako web-orrialdeetan informazioa bilatzea beharrezkoa ikusi da. **Emaitzak:** 29 artikulua, Gradu Amaierako Lan bat eta bi gida kliniko aukeratu dira lanaren garapenerako. Erditu osteko depresioa faktore anitzek sor dezaketen gaixotasuna da; faktore psikologikoak, obstetrikokoak, biologikoak eta hormonalak, sozialak eta bizi-ohiturekin erlazionaturikoak hain zuzen ere. Hasieran antsietatea eta tristura nagusitzen badira ere, denboraren poderioz larriagotu egiten dira. Mundu mailan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* da onartuena gaixotasun honen antzematea egiteko. Garrantzitsua da antzematea ahalik eta azkarren egitea gaixotasun honek emakumearen bizikaltateari eragiteaz gain, haurraren hazkuntzan eta garapenean atzerapenak eragiten baititu. Hori dela eta, erizainek eman beharreko heziketaren garrantzia azpimarratu da, kasuak antzemateko eta dagokion profesionalarengana bideratu ahal izateko. **Ondorioak:** mundu mailan osasun publikoko arazo nagusia dela ondorioztatu da, eta erizainaren lana dela heziketa ematea gaixotasunaren agerpena ekiditeko. Izan ditzakeen arrisku-faktoreen inguruko elkarrizketa egitea, Edinburgoko eskala pasatzea eta dagokion profesionalarengana bideratzea dira erizainaren zeregin nagusiak.

### Hitz gakoak

Depresión postparto, Cuidados de enfermería

Postpartum depression, Nursing Care



## **EDUKIAREN AURKIBIDEA**

<b>1. SARRERA</b> .....	<b>1</b>
<b>2. HELBURUAK</b> .....	<b>2</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>2</b>
<b>4. EMAITZAK</b> .....	<b>3</b>
4.1. BILAKETAREN EMAITZAK .....	3
4.2. GAIAREN EMAITZAK .....	4
4.2.1. ARRISKU-FAKTOREAK.....	5
4.2.1.1. Psikologikoak .....	5
4.2.1.2. Faktore obstetrikokoak.....	6
4.2.1.3. Faktore biologikoak eta hormonalak.....	8
4.2.1.4. Faktore sozialak.....	9
4.2.1.5. Bizi-ohiturak.....	11
4.2.2. ZEINU ETA SINTOMAK .....	12
4.2.3. ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN DETEKZIOA.....	13
4.2.4. ERDITU OSTEKO DEPRESIOAK DUEN ERAGINA.....	15
4.2.4.1. Emakumearen bizi-kalitatean .....	15
4.2.4.2. Bikotean nahiz familian .....	16
4.2.4.3. Haurraren garapenean .....	17
4.2.5. ERIZAINAREN LANA ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN AURREAN .....	19
<b>5. EZTABAIDA</b> .....	<b>22</b>
<b>6. LANAREN LIMITAZIOAK</b> .....	<b>25</b>
<b>7. ONDORIOAK</b> .....	<b>25</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>27</b>
<b>9. ERANSKINAK</b> .....	<b>31</b>

## **TAULEN AURKIBIDEA**

<b>Taula 1.</b> PIO formulazioa.....	<b>2</b>
<b>Taula 2.</b> Bazterte- eta kanporatze-irizpideak.....	<b>3</b>
<b>Taula 3.</b> Bilaketa bidea .....	<b>3</b>
<b>Taula 4.</b> Intzidentzia-tasa herrialdearen arabera.....	<b>4</b>
<b>Taula 5.</b> Erditu osteko depresioak, bestelako depresioak edota biek haurrengan duten eragina.....	<b>18</b>
<b>Taula 6.</b> Arrisku-mailak eta ezaugarriak.....	<b>19</b>

## **IRUDIEN AURKIBIDEA**

<b>Irudia 1.</b> Artikuluen sailkapena ebidentziaren arabera. Iturria: propioa. ....	4
--	---

## **ERANSKINEN AURKIBIDEA**

<b>Eranskina 1.</b> Artikuluen sailkapena .....	31
<b>Eranskina 2.</b> Arrisku-faktore psikologikoak.....	36
<b>Eranskina 3.</b> Izaera ezaugarrien teoria. ....	37
<b>Eranskina 4.</b> Sintomatologiaren garapenaren inguruko eredia.....	38
<b>Eranskina 5.</b> Erditu osteko depresioaren Edinburgoko eskala .....	39
<b>Eranskina 6.</b> EPDS eskalaren interpretazioa .....	41
<b>Eranskina 7.</b> Espainiako Osasun Ministeritzak ematen dituen aholkuak erditu osteko depresioaren detekziorako.....	42
<b>Eranskina 8.</b> Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) .....	43
<b>Eranskina 9.</b> Ages & Stages Questionnaires (ASQ).....	44
<b>Eranskina 10.</b> Zerbitzu sozialei abisua emateko Osakidetzak duen orria. ....	45
<b>Eranskina 11.</b> Informazio-orriaren proposamen propioa.....	46

## 1. SARRERA

Haurdunaldia emakumearentzat nahiz bere bikotearentzat aldaketa garrantzitsuak eragiten dituen prozesua da. Jakina da haurdunaldia eta erditu ondorengo denboraldia direla emakumeak sentiberatasun handiena izaten dituen bizitzako uneak. Egoera berriari aurre egiteko erronka nagusia izaten da eta garrantzi handiko denbora tartea da fisikoki, psikologikoki eta sozialki ematen diren aldaketei dagokienean (1, 2).

Zenbait familiarentzat ezezaguna den prozesu batean murgiltzeak sentimendu kontrajarriak sor ditzake. Askorentzat prozesu pozgarria izaten da, izan ere, familiako kide berri baten etorrerak poztasuna eta ilusioa bezalako sentimenduak sortzen dituela ikusi da baina, beste emakume askorentzat ordea, aurkako sentimenduak eragiten dituen gertakizuna izatera irits daiteke (1, 3).

Beldurra eta antsietatea sentitzea ohikoa izaten da aro honetan, eta egoera berrira egokitzeko abian jarri beharreko estrategiek urduritasun handia eragiten die guraso berriei. Norberak haurdunaldiaren inguruan jaso dituen pertzepzioen eta esperientzien arabera izaten da sentimendu positiboak nahiz negatiboak izatea, baina garrantzitsua izaten da guraso berriek sentimendu horiei aurre egiteko gaitasuna eta baliabideak izatea (1, 4).

Ohikoa da erditu ondorengo lehen asteak nahiz urtea gogorak izatea emakumearentzat eta bere inguruarentzat. Erditu ondoren haurdunaldiaren aurretiko egoerara itzultzeko prozesuak burutzeaz gain, haurraren beharrei egoki erantzuteak lan handia suposatzen dio emakumeari. Hori dela eta, haurrak lehen urtea betetzen duen artean nekea, antsietatea sentitzea eta gorputz-irudiaren nahiz osasunaren inguruko zainketak alde batera uztea normala izaten da (5). Hori dela eta, denbora tarte horretan emakumeak gaixotasun fisikoak eta mentalak izateko arriskua handitu dela ikusi da, gehien ematen den gaixotasuna erditu osteko depresioa izaten delarik (2).

Erditu ondorengo denbora tartea amak haurra izan eta plazenta erditzen duenetik ordu betera hasten dela definitzen dute literatura biomedikoan, eta handik 6-8 aste bitartean irauten duen aroa bezala zehazten dute. Denbora tarte horretan umetokiaren inboluzioa gertatzen da, baita erreprodukzio sexualaren itzulera ere. Gizaki bakoitza desberdina denez, eta prozesu fisiologikoak ez direnez pertsona guztietan berdin ematen, gerta daiteke erditu ondorengo denbora tartean luzeagoa izatea (5).

Praktikak ama-haur unitatean egin ondoren arreta eman zidan emakumearen umore aldaketen aurrean profesionalek jaramonik ez egitea, eta emakumeak arrazoirik gabe negar egitea eta lur jota sentitzea normaltzat hartzea. Hori dela eta, ikertzeko gai interesgarria iruditu zitzaidan normaltzat hartzeko edota depresioaren zeinu iragarleak

ote ziren desberdindu ahal izateko.

## 2. HELBURUAK

Helburu orokorra:

- Erditu osteko depresioaren maneian erizainaren interbentzioa definitzea.

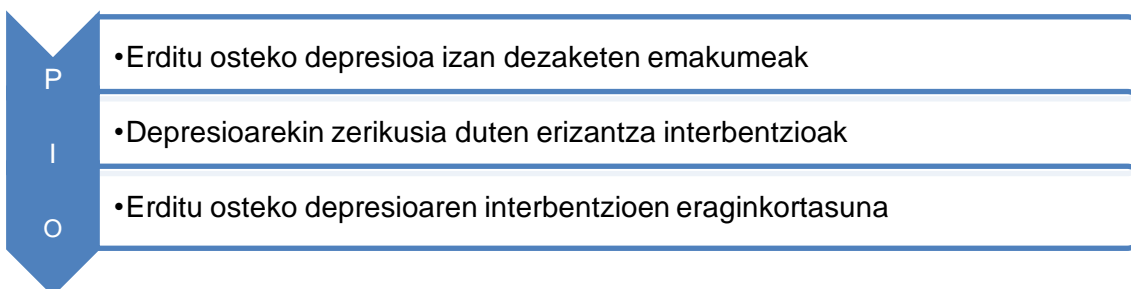
Helburu espezifikoak:

- Erditu osteko depresioaren agerpenean eragina izan dezaketen arrisku faktoreak zehaztea.
- Erditu osteko depresioa antzemateko zeinu eta sintomak azaltzea.
- Erditu osteko depresioa diagnostikatzeko erabiltzen diren tresnak identifikatzea.
- Erditu osteko depresioak emakumearengan, haurrarengan eta familiarengan duen eragina aztertzea.

## 3. METODOLOGIA

Lehenik eta behin, lanaren helburuak zehaztu dira. Ondoren, PIO (*Problem, Intervention and Outcomes*) egitura erabili da eta deskriptoreak nahiz hitz gakoak atera dira. Erabilitako hitz gakoak “depresión postparto” eta “cuidados de enfermería” izan dira, eta erabili diren deskriptoreak berriz, “nursing care”, “depression” eta “postpartum”.

**Taula 1.** PIO formulazioa



**Iturria:** propioa.

Bilaketa 2017ko abendua eta 2018ko apirila bitartean egin da eta PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) eta Dialnetetik 29 artikulua aukeratu dira. Bilaketa honetan barneratze- eta kanporatze-irizpideak finkatu dira. Testu osoa eskuragarri izatea, duela bost urtetik honako argitalpenak izatea, osasun-zientziekin eta erizaintzarekin zerikusia izatea, eta ingelesez edota gaztelaniaz argitaratutako lanak izatea (Ikus 1. taula). Horrez gain, bilaketetarako erabili den operadore bolearra AND izan da.

Lana garatzen joan ahala eta arrisku faktoreak landu ahala, beharrezkoa ikusi da Osakidetza eta Espainiako Osasun Ministeritzako orrialdetan bilaketa egitea. Lana egiteko kontuan hartu diren barneratze- eta kanporatze-irizpideak zehaztu dira, eta bilaketetarako jarraitutako pausuak adierazi dira ondorengo tauletan.



**Taula 2.** Bazterte- eta kanporatze-irizpideak

Barneratze-irizpideak	Kanporatze-irizpideak
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ama-haur unitateko erizainen interbentzioak izatea.</li> <li>•Lehen Arreta Mailako erizainaren interbentzioak izatea.</li> <li>•Pediatriako erizainaren interbentzioak izatea.</li> <li>•2013-2018 urte bitarteko argitalpenak izatea.</li> <li>•Ingelesezko nahiz gaztelaniazko argitalpenak izatea.</li> <li>•Testu osoa eskuragarri izatea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Erizaintzarekin zerikusirik ez duten publikazioak izatea.</li> <li>•Emakumea dolu prozesua igarotzen egotea.</li> <li>•Haur-jaioberriak ospitaleratzea behar duen patologiarik izatea.</li> <li>•Emakumeak haurdunaldiaren aurretik beste gaixotasun mentalak izatea.</li> </ul>

Iturria: propioa.

## 4. EMAITZAK

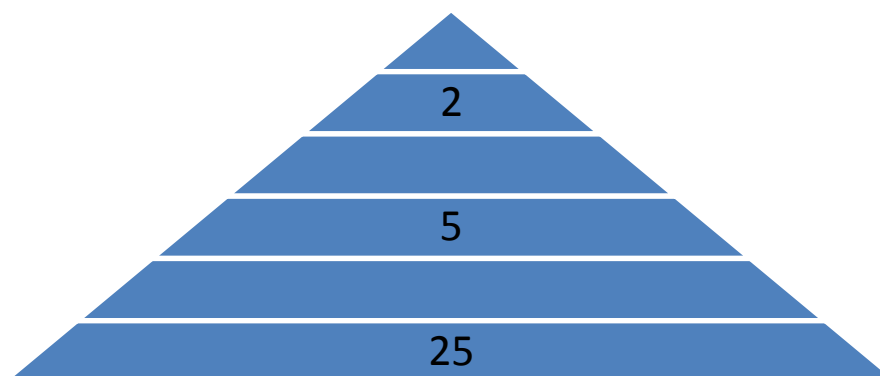
### 4.1. BILAKETAREN EMAITZAK

**Taula 3.** Bilaketa bidea

Datu-basea	Hitz-gakoak	Bilaketa bidea	Emaitzak	Iragazkiak	Aukeratuak
PubMed	Nursing care (MeSH) Depression (MeSH) Postpartum (MeSH)	(Nursing care) AND (Depression)AND D (Postpartum)	1239	Testu osoa eta 2013- 2018	17/138
BVS	Nursing care (DeCS) Depression (DeCS) Postpartum (DeCS)	(Nursing care)AND (Depression) AND (Postpartum)	642	Testu osoa eta 2013- 2018	5/113
Dialnet	Depresión postparto Cuidados de enfermería	(Depresión postparto) AND (Cuidados de enfermería)	54	Testu osoa eta 2013- 2018	7/19
Cuiden	Cuidados de enfermería depresión postparto	(([cla=Depresión])AND((([cla=Postparto])AND D([cla=Cuidados de enfermería])))	1	Testu osoa eta 2013- 2018	0/1
Cochrane Plus	Nursing care (MeSH) Depression (MeSH) Postpartum (MeSH)	(Nursing care) and (Depression) and (Postpartum)	100	2013-2018	0/0

Iturria: propioa.

Bilaketaren ondoren, artikulua landu dira eta lortutako emaitzekin ebidentzia mailari dagokionean Haynesen piramidearen arabera sailkapena egin da garapenaren lehen zatian. Informazio gehiago lortzeko (ikus 1. eranskina). Bigarren zatian, helburuei jarraiki edukiaren garapena egin da. Eztabaida osatu da, lana garatzerakoan izan diren limitazioak nahiz aportazio pertsonala azaldu dira eta ateratako ondorioak zehaztu dira. Azkenik, erabilitako bibliografia eta zenbait eranskin ere gehitu dira. Lanean aurrera egin ahala gaiaren inguruan Euskal Herrian argitaratutako informazioa bilatzean Gradu Amaierako Lan (GrAL) bat aurkitu da lana osatzeko erabilia izan dena.



**Irudia 1.** Artikuluen sailkapena ebidentziaren arabera. **Iturria:** propioa.

#### 4.2.GAIAREN EMAITZAK

Erreproduktzio sistemaren itzulera eta haurdunaldiaren aurretiko fisiologiara itzulera ez dira etapa honetan ematen diren prozesu bakarrak izaten (5).

Izan ere, erditu osteko etapa beste zenbait ezaugarrietan oinarritzen da; egokitzapen psikosoziala eta gurasoaren rolean aldaketa ematea, familiaren erlazioan aldaketak, eta emakumearen autopertzepzio eta gorputz-itxuran aldaketak gertatzen dira besteak beste. Hori dela eta, erditu ondorengo lehen asteak nahiz urteak berebiziko garrantzia izaten dute emakumearen bizitzan (5, 6).

Mundu mailan osasun publikoko arazo nagusi bilakatu da prebalentzia altua duela ikusi delako. Izan ere, egindako ikerketa baten arabera gaixotasun mental honek, % 8-% 15 bitarteko eragina duela ikusi da (2). Aldiz, beste ikerketa batzuetan ikusi ahal izan da prebalentzia % 60koa izateraino irits daitekela zenbait lurraldetan (7, 8, 9, 10, 11).

**Taula 4.** Intzidentzia-tasa herrialdearen arabera.

Herrialdea	Intzidentzia-tasa
Ameriketako Estatu Batuak (AEB)	% 25
Irlanda	% 11,4-% 26,6
Norvegia	% 8,9-% 16,5

Espainia	% 10
Taiwan	% 42,6

**Iturria:** propioa

Depresio mota hau erditu ondoren jasaten bada ere, haurdunaldiaren aurretik nahiz haurdunaldian bertan gertatzen diren aldaketetan izan dezake hasiera, eta beraz, garrantzitsua da asaldura pairatzeko arriskua duen emakume-taldea definitzea. Buru-gaixotasun honek amari eragiteaz gain, depresioa jasaten duten emakumeen hurrek ere gaixotasun honen eragina jasaten dute zeharka bada ere. Horrez gain, emakumearen bikoteak, familiak nahiz inguruak ere jasaten ditu asaldura honek sortzen dituen aurkako efektuak. Hori horrela izanik, berebiziko garrantzia du asalduraren sorkuntzan eragin dezaketen arrisku-faktoreak zein diren jakiteak, hauen inguruko lanketa egiteak eta detekzio goiztiarraren bitartez tratamendua behar duten emakumeen kasuan ahalik eta azkarren konponbidea emateko, aurkako efektuak gutxitze aldera. Horrela, zeinu nahiz sintomak ezabatzeaz gain, gaixotasun honek haurraren dituen ondorio kaltegarriak ekidin eta hazkuntza osasuntsua lortuko da (2, 12, 13).

#### **4.2.1. ARRISKU-FAKTOREAK**

Arrisku-faktoreak ez dira berdin ematen emakume guztietan, hau da, kasu batetik bestera aldakorrak izaten dira, eta batzuetan horietako bakarren bat soilik izango dute. Gerta daiteke beste zenbaiten kasuan esaterako, erditu osteko depresioa izateko arrisku-faktore bat baino gehiago izatea. Hala eta guztiz ere, arrisku-faktoreetako bat izateak ez du ziurtatzen emakumeak derrigorrez erditu ondoren depresioa izango duenik, ezta arrisku-faktoreen gabeziak depresiorik izango ez duenik ere, baina faktore hauen inguruko ezagutza beti ere, lagungarria izango da gaixotasuna garatzeko bidean dauden emakumeak identifikatzeko eta esku hartzeko (14).

Argitaratutako errebisio baten arabera, erditu osteko depresioa eragiten duten arrisku-faktoreak bost multzotan sailka daitezke; psikologikoak, obstetrikokoak, biologikoak eta hormonalak, sozialak eta azkenik, bizi-ohiturekin erlazionatutako faktoreak (12).

##### **4.2.1.1. Psikologikoak**

- Depresioa eta antsietatea: depresio eta antsietate aurrekariak dituzten pertsonetan erditu ostean depresioa pairatzeko arrisku handiagoa dagoela ikusi da. Izan ere, deprimitutako 440 emakumeekin egindako ikerketa batean, % 31ak erditu aurretik depresioa pairatu izana aitortu zuen eta % 64,2ak familian depresio aurrekariak izatea. Haurdunaldiaren aurretik, bitartean edota ondoren depresioa izateak, eta gerora erditze-prozesuarekin erlazionaturik ez dagoen depresioa izatearen

arteko erlazioa ikerketa askotan aztergai izan da, eta indar handia duen faktorea dela adierazi da (12, 13, 15, 16, 17).

Ikerketa batek erditu aurretiko depresioak erditu ondorengoan duen eragina aztertu du (18). Bertan aztertutako errebisio sistematiko batean ikusi dute zenbait herrialdeetan, haurdunaldian deprimetuta dauden emakumeen ia % 14,5ak erditu ondoren depresioa pairatzen jarraitzen duela. Probabilitatea ezagututa, arreta bideratu beharreko zeinu iragarle garrantzitsua izango da (12, 18).

- Emakumearen esperientziak: haurdunaldiarekiko jarrera negatiboak izateak, desio ez den haurdunaldiaren aurrean egoteak, abusu sexualak jasan izanaren aurrekariak edota abusu sexualak jasaten jarraitzeak, bizitzan zehar emakumeak izan dituen gertakari traumatikoak edota senitartekoen heriotza bizitzeak, esaterako, depresioa pairatzeko arriskua handitzen dute (ikus 2. eranskina) (12).

- Egokitzeko zailtasuna: edoskitzearekin zailtasunak izateak, osasun-arazoak dituen jaioberria izateak, edota umore-aldaketa handiko haurra izateak amaren osasun mental urriarekin erlazioa dute (12,19).

- Izaera ezaugarriak: ikusi da badaudela erditu osteko depresioa izatera bultzatzen duten izaera ezaugarri batzuk. Hain zuzen ere, neurotizismo ezaugarria (6), (ikus 3. eranskina).

- Bizi-erritmoa: geroz eta bizi maila estresagarriagoa bizitzera kondenatuak daude gizarteko partaideak eta norberak eskakizun gehiago bete behar ditu bizi erritmoarekin bat egin nahi badu. Erantzukizun berriak hartu behar izaten dira aro honetan etxearen maneiuari eta lanari dagokionean, diru-sarreraren inguruko kezka nagusitzen dira eta horrek guztiak estresa eragiten die guraso berriei (4).

- Espektatiba faltsuak: populazioak geroz eta segurtasun falta handiagoa izaten du eta espektatiben porrota nagusitzen da. Izan ere, "ama perfektua" izateaz gain emazte ezin hobea izatea espero da, erditu ondoren itxura bikaina, zoriontsua, bizitzako aro zoragarri batean murgilduta dagoenaren zantzuak adieraztea, eta haurraren heziketaz lan mundutik ihes egin gabe arduratzen den emakumea izatea espero da. Ondorioz, esan daiteke, erditu osteko depresioa jasateko aukera handiagoa izaten dutela bere rolean porrot egin dutela sentitzen duten emakumeek (17, 20).

- Haurraren sexua: guraso askok jaiotzearen den haurraren sexuaren inguruko nahiak helarazten dituzte eta haurdunaldiak aurrera egin ahala esperotako sexuko haurra ez denean, dezepzionatu egiten dira ilusio faltsuak egiten baitituzte (4, 21).

#### **4.2.1.2. Faktore obstetrikokoak**

- Erditze kopurua: emakume multiparoetan nuliparoetan baino gehiagotan ematen dela esaten dute Ghaedrahmati et al.ek ikerketa batean (12). Bi haur edo

gehiago izateak karga psikologiko handiagoa eragiten dio emakumeari eta ondorioz, depresioa garatzeko aukera handitu egiten da (4, 12).

- Arriskuzko haurdunaldia: emakumea ahulago egiten du depresioaren aurrean gerta daitezkeen konplikazioak direla eta (16).

- Erditze ideala irudikatua: gerta daiteke emakumea erditu aurreko saioetara joan izana eta ondoren jarraitu beharreko pausoak nahiz erditze motari buruzko desioak zehaztuak eta identifikatuak izatea. Prozesua desioen arabera antolatuta izatean eta azken orduko ezbehar bat gertatuz gero, urgentziatzko zesarea bat burutu behar izatea edota hasieran uste baino egun gehiago ospitalizatuta egoteak adibidez, emakumea urduritu egiten du eta segurtasun falta nagusitzen zaio (3, 20).

- Erditzean konplikazioak: erditzea luzatu edota konplikazioak izaten badira mekonioaren agerpena, zilbor-hestearen prolapsa edota hemorragia obstetrikoko izateak esaterako, erditu ondorengo errekupeazioan emakumeak depresioa izateko arrisku handiagoa duela ikusi da (12). Errekuperazioa luzeagoa izaten da eta emakumeari emozionalki izugarriko eragina sortzen dio. Emakume horiek erditze-prozesu idealetik at ikusten baitute euren burua eta depresioa pairatzeko arrisku handiagoa izaten dute (3, 22).

- Jaioberriaren pisua: haurrak jaiotzerakoan duen pisua kontuan izanik, 1500 gramo baino pisu gutxiago duten haurren amek gerora depresioa garatzeko aukera gehiago dutela ikusi da, 1500 gramo baino gehiago pisatzen duten haurren amekin alderatuta (12).

- Nekea: erditu ondoren emakume asko oso nekatuta aurkitzen dira egunerokotasunean eta bere onera itzuli bitartean egunak nahiz asteak igaro daitezkeela ikusi da. Erditze motaren arabera izaten da batik bat; zesarea bidezko erditzeetan nekea are eta handiagoa izaten da eta ondorengo errekupeazioak ere denbora gehiago behar izaten du. Hori gutxi izanik, emakumeak errekupeaziorako behar duen atsedeen faltak ere egoera okerragotzen duela adierazi dute (3).

- Edoskitze-mota: egun garrantzi handia ematen zaio edoskitze naturalari eta ama erditu berri guztiei eskaintzen zaien lehen aukera edoskitze naturalaren inguruko apustua egitea izaten da. Amaren esneak haur jaioberriei eskaintzen dizkien propietatez gain; hazkuntzarako, immunitate-sistemaren garapenerako eta abar, amarentzat depresioaren aurrean babes-faktore garrantzitsua dela ikusi da. Ikerketa batean ikusienez, edoskitze naturalerako joera duten herrialdeetan erditu osteko depresioaren agerpena nagusiki erditu ondorengo bederatzigarren hilabeteetan ematen dela ikusi dute, edoskitze artifizialerako joera duten herrialdeetan, ordea, erditu eta hirugarren hilabeteetan agertzen delarik. Hala eta guztiz ere, edoskitze naturalarekin

intzidentzia txikiagoa dela ikusi dute formula bidezko esnearekin elikatutako hurrekin alderatuta. Izan ere, edoskitze naturala ematean ama-haur interakzioa handitu egiten da oxitozina hormonari esker, amari antsietate eta estres aldetik lasaitasuna ematen dio maitasun sentimendua eta konfiantza handituz. Hori horrela izanik, edoskitze naturalaren bidea aukeratzen duten emakumeek edoskitzearekin arazoak izaten dituztenean, antsietate handia eragiten die. Gainera, bularraren forma edota emakumearen abilezia falta izaten badira ezintasunaren arrazoiak, erruduntasun sentimendua nagusitzen zaie (11, 12, 15, 23).

#### **4.2.1.3. Faktore biologikoak eta hormonalak**

- Hormona aldaketak: hormonon mailek erditu ondorengo lehen orduetan izugarrizko beherakada izaten dute. Hori dela eta, hormona mailen erregulazioan ematen diren aldaketa txikienek ere ama erditu berriaren umorean aldaketak eragin, eta zenbaiten kasuan depresioa eragin dezakete. Hormona nagusienak serotonina, oxitozina eta estrogenoak direlarik (11, 12, 23).

- Serotonina elikagaietatik irensten du emakumeak eta elikaduragabezia ematen den kasuetan eta garuneko maila % 15eraino gutxitzen denean, emakumeak depresioa pairatzeko aukera handitu egiten dela ikusi da (12).
- Oxitozina hormonak lan garrantzitsua du emozioen erregulazioan eta erantzun emozionalean ere. Gainera, erditze-prozesuan, edoskitzean eta ama-haur atxikimenduan eragiten duen hormona da. Ebidentziak dio oxitozinak serotoninaren-hartzaileen aktibitatean eragiten duela eta estresaren aurrean organismoak duen erantzuna gutxitu egiten dela, emakumea estresaren aurrean babestua gelditzen delarik (12).
- Azkenik, animaliekin nahiz gizakiekin egindako ikerketetan ikusi ahal izan den moduan, estrogenoak serotonina-hartzaileetan eragiten du eta ondorioz, estrogeno gabeziak emakumearen depresioaren agerpenean eragina duela ikusi da (12).

- Emakumearen biologia: emakume gazteetan ematen diren haurdunaldietan ondoren erditu osteko depresioa izateko arriskua handiagoa dela ikusi da. Asaldura hau gehien ematen den adin tartea 13-19 urte bitartekoa dela esan daiteke, eta 31-35 urte bitarteko emakumeak depresio maila gutxiena izaten duten adin tartea (12). Abdollahi et al.ek eginiko 1950 emakumez osatutako ikerketa batean, erditu ondoren 2-12 hilabetetara emakumearen adina handiagoa zen heinean eta amatasun autoefikazia zenbat eta handiagoa izan, depresioa izateko arriskua gutxitzen zela ikusi zuten (16).

- Glukosaren metabolismo: ikerketek erakutsi dute glukosaren metabolismoak ere baduela zeresana erditu osteko depresioan. Haurdunaldian zehar metabolismoan

gertatzen diren alterazioek erditu osteko depresioaren aurrean predisposizioa izaten dute emakumeek. Glukosaren intolerantziaren testa egin eta ordu batera odoleko glukosa maila 114mg/dl baino altuagoa zuten emakumeetan erditu ondoren depresioa garatzeko aukera handiagoa zutela ikusi zen (12).

#### **4.2.1.4. Faktore sozialak**

- Babes soziala: babes sozial urriko pertsonak depresioa eta antsietatea bezalako asaldurak izateko arrisku handiagoa izaten dute. Babes soziala esatean, jasotako laguntza emozionalari eta enpatiazko erlazioei buruz hitz egiten da. Haurdunaldian nahiz erditu ondoren ingurunetik laguntzarik edo babesik jasotzen ez duten emakumeetan depresio-asaldura ematea ohikoa izaten da (14, 24).

Emakume batentzat bizi egoera berri horretan bere baitan osasuntsu egoteko jaso dezakeen laguntza bikotearengandik nahiz familiarengandik jasotakoa izan ohi dela ikusi da. Egunerokotasunean gertatzen diren zenbait egoerek estres handia sor diezaiokete emakumeari, eta egoerari aurre egiteko estrategia gabe aurkitzen denean ez badu inguruko inoren babesik jasotzen, egoera zailagoa bilakatzen da eta askok depresioa garatzen bukatzen dute (4, 10, 16).

- Emakumearen lanbidea: emakumeak lan munduan duen rola ere garrantzitsua da erditu ondoren depresioa pairatuko duen aurreikusteko. Izan ere, etxetik kanpo lan egiteak etxean duen egoeratik ateratzeko aukera ematen dio emakumeari (17, 22). Ikusi da, etxeko lanez gain, bestelako lanik ez duten emakumeetan arriskua bikoiztu egiten dela (10).

- Ikasketa-maila: ikasketa altuko emakumeetan erditu ondorengo depresioa kasu gutxiagotan ematen dela ikusi da. Hirugarren mailako ikasketak baino gutxiago izateak erditu ondoren depresioaren sintomak izateko arriskua areagotu egiten duela ikusi da ( $P= 0.005$ ) (6).

- Bikotearen ikasketa-maila: kultura musulmanean senarraren ikasketa mailak ere emakumearen depresioan eragina duela ondorioztatu dute Abdollahi et al.ek egindako ikerketa batean (16). Rahman eta Creed-ek Pakistanen eginitako ikerketa batean ondorioztatu zuten heziketa maila txikiko gizonen emazteek, eta erditu aurretik depresioa pairatzen zutenek, deprimetuta jarraitzen zutela erditu eta lehenengo urtea igaro ondoren (16). Izan ere, ikasketa maila altuagoko bikote batek emakumeari behar duen laguntza eta babesa ematea errazagoa dela ikusi da erditu ondorengo fasean, eta jakintza gehiago duenez haurraren zainketekin laguntzea ere errazagoa egiten zaiola (12, 16, 18). Bestalde, bikotearen maila sozioekonomiko urriak ere erditu osteko gaixotasun hau izateko arriskua % 60an handitzen duela ikusi da (10).

- Familia-mota: familia zabaleko partaide diren emakumeek erditu ondorengo

depresioa izateko arriskua leunki handitzen dela (16). Kultura arabiarrean esaterako, familia zabalak izaten dira eta senarraren amak izaten du boterea. Jakina da, emakumea ezkontzen denetik senarraren familiarekin bizitzera joan behar duela berea alde batera utzita, eta senarraren amarekin izan dezakeen harremanak emakumea estutu eta umore aldaketa bortitzak izatea erraztu dezake (9, 18).

- Emakume etorkinak: osasun-sistemak euren beharrei egoki erantzuteko ezintasuna izatea ohikoa izaten da, hizkuntza aldetik komunikazioa bermatzea zaila izaten delako batik bat. Bestalde, herrialdez aldatzean zailtasunekin aurki daiteke pertsona; arazo ekonomikoak, lanpostu bat lortzeko zailtasuna, etxean bertan egin beharreko lanak eta baita zerbitzuetarako sarbidean oztopoak izatea (9).

- Gizartean tabua den gaia: geroz eta gehiago hitz egiten den asaldura bada ere, gizartean buruko gaixotasun asko oraindik ez daude onartuta eta jendeari lotsa ematen dio buruko gaixotasun baten aurrean egon daitekeela onartzea (13, 17). Erditu osteko depresioaren sintomekin gauza bera gertatzen da. Izan ere, amek lotsa sentitzen dute erditu ondorengo egun “zorionsuetan” tristura sentimendua dutela aitortzea, eta hasieran prozesuari berari dagozkion sintoma normalak badira ere, isilean eramaten bada prozesua sintoma horiek larriagotu egin daitezke eta erditu ondorengo depresioa garatu. Izan ere, psikologoarengana nahiz psikiatregana laguntza eske jotzea orokorrean kostatzen zaio jendeari, eta ondorioz, gaixotasuna duten eta tratamendua behar duten emakumeak artatzeko ezintasunak, depresioa larriagotu egin dezakete eta erditu osteko psikosia garatzera iritsi daiteke emakumea (17).

- Informazio gabezia: emakume askok ez dute erditu osteko depresioaren inguruko ezagutzarik haurdunaldian zehar nahiz erditu ondoren. Ikerketa meta-etnografiko batean ikusi dute emakumeak prozesuaren inguruko informazio gabezia duela. Zenbait emakumek aitortu dute haurdunaldiaren aurretik ez duela inolako informaziorik jaso erditu ostean eman daitezkeen aldaketa emozionalen inguruan ezta sintomak agertuz gero nora jo behar duen ere (9).

- Bizileku-mota: bizilekuak eragina du erditu osteko depresioaren sintomen agerpenean (6, 24). Papamarkou et al.ek 2017an argitaratutako ikerketaren arabera hiririk at bizi diren emakumeak nahiz hirian bertan baina, toki pobreetan bizi diren emakumeetan erditu osteko depresio kasu gehiago ematen direla ikusi da (6, 10). Baliabidetatik urrun aurkitzen direlako izan ohi da, lagunak, zerbitzuak eta abarren falta izaten dute kanpoaldean bizi diren emakumeek. Hori dela eta, babes sozialaren gabezia izaten dute eta laguntzarik izan ezean depresioa garatzeko aukera handitu egiten da (6).



#### 4.2.1.5. Bizi-ohiturak

Bizi-ohitura osasuntsuak izateak erditu osteko depresioa pairatzeko arriskua gutxitzen duela ikusi da (12).

- Elikadura ohiturak: zenbait elikagaien gabeziak depresioaren intzidentzia handitzea eragiten duela ikusi da. Izan ere, barazki, lekari, esneki, eta itsasoko elikagaietan aberatsak diren dietetan erditu ondorengo depresioaren intzidentzia % 50ean gutxitzen duela ikusi da (12).

- B<sub>6</sub> bitamina beharrezkoa da serotoninaren produkzioarako. Hori dela eta, B<sub>6</sub> bitaminaren gabezia izateak emakumeari depresioa eragiteko arriskua handiagoa dela esan dute. 23 herrialdek parte hartu duten ikerketa batean ikusi dute itsasoko produktuen kontsumoa handitzeak, depresioa izateko arriskua gutxitzen duela arraiaren olioan aurkitzen den osagaietako bati esker, Omega-3ari esker hain zuzen ere (12).

- Loa eta atsedena: loak eta atsedena ere berebiziko garrantzia du erditu ondorengo errekupeazioan. Ebidentziak dio loaren patroian eta depresioaren artean erlazioa dagoela (12).

Erditu ondorengo lehen egunetan nahiz asteetan askotan zaila izaten da lo egitea kezkak nagusitzen direlako, haurrak maiz elikatzeko beharra duelako, eta ondorioz, amak umorean aldaketak nabari ditzake sentitzen duen nekea dela eta. Egoera berrira egokitzen hasten diren heinean atsedenean eta loaren patroian hobekuntzak izaten dituztelarik. Hori horrela izan ezean, eta loaren patroian deprimazioa kroniko bihurtzean, emakumearen osasun egoerari zuzenean eragiten dio. Izan ere, glukosaren metabolismoan aldaketak gertatzen dira, hantura prozesuan aldaketak ematen dira, emakumearen irritabilitatea handitu egiten da eta ondorioz ingurukoekin duen komunikazioan aldaketak ematen dira, osasun mentalean eraginez. Hori dela eta, emakumearen bizi kalitatean eragin zuzena izaten du (6, 12, 25).

- Ariketa fisikoa: ariketa fisiko moderatu urriko emakumeetan erditu ondorengo depresioa pairatzeko arriskua dagoela ikusi da. Ebidentziak dio ariketak eta aktibitate fisikoak depresioaren sintomatologia gutxitzen dutela. Hori horrela izanik, haurdunaldiaren hirugarren hiruhilekotik ariketa fisiko moderatua egiten hastea gomendatzen da. Ariketa fisikoa egin ondoren mentalki osasuntsuagoa aurkitzen da emakumea, endorfina mailen handitze bat ematen delako. Gainera, ariketa egitean emakumea bere inguruetik ateratzen da eta kanpo inguruneaz jabetzen da, arazoei soluzioa bilatzea errazago izaten da ikuspegi zabalago bat lortzen duelako (12).

- Drogen eta tabakoaren kontsumoa: haurdunaldian zehar nahiz erditu ondoren drogak kontsumitzen dituen emakume batek, erditu ondoren asaldura mentalak

pairatzeko aukera gehiago duela substantziarik kontsumitzen ez duen emakume batekin alderatuz gero (4, 10). Gainera, emakumea erretzailea izateak ere ondoren depresioa garatzeko intzidentzia 1.7 aldiz handiagoa dela adierazi dute (12, 18).

#### **4.2.2. ZEINU ETA SINTOMAK**

Gaixotasunen agerpena desberdin ematen da, hau da, gaixotasun berdinak ez ditu zeinu eta sintoma berak ematen pertsona guztietan (14). Asalduraren zeinu eta sintoma nagusienak definitu dira, baina kontuan izan behar da arrisku-faktoreekin gertatzen den moduan, ez direla zertan sintoma guztiak azaleratu, eta zenbaitetan erditu osteko prozesuari berari dagozkion eta normaltzat hartzen diren sintomak eta erditu osteko depresioari dagozkion zeinu eta sintomak desberdintzea lan zaila izaten dela (2).

Sintomak pixkanaka agertu ohi dira, hasiera batean arinagoak izaten dira baina denboraren poderioz gogorragoak bilakatuz doaz. Noizbehinka tristura eta antsietate-egoerak bizitzetik egonkorragoak bilakatzen joaten dira eta arazoari irtenbidea bilakatu ezean, depresioa pairatzetik erditu ondorengo psikosia pairatzera irits daiteke emakumea (1, 2).

Emakume askoren kasuan bizipen pozgarria izan arren, ohikoagoa bihurtzen ari da emakumeak amatasun-prozesuari esleitzen zaizkion sentsazioak ez bizitzea (6). Ohikoa da ama berri oro lehen 2-3 asteetan triste, umore aldaketa bortitzeko eta nekatuta sentitzea. Hiru emakumeetatik biri denbora hau igarotzean sentimendu ilun horiek desagertu egiten zaizkio eta amatasunaz gozaten hasten da, baina beste askok aro ilun bezala ikusten jarraitzen dute (23).

Ikerketa batean, erditu osteko depresioa jasaten duten emakumeen eredu teorikoa sortu dute eta bertan amatasunaren fase desberdinak zehaztu dituzte (ikus 4. eranskina) (23).

Etengabeko kezken ondorioz burua galtzen dutela sentitzen dute, eta euren bizitzaren kontrolak esku artetik ihes egiten dietela. Beren emozioekiko kontrolaren galera sentitzen dute, inolako arrazoirik gabe negar egiten dute eta horrek, lotsa sentiarazten die. Emakumeek haurdunaldiaren aurreko bizimoduari uko egin behar diotela sentitzen dute, ama izanik bizitza berrira derrigorrez egokitu behar dutela eta aurrerantzean horrela izango dela onartzea besterik ez dagoela (9, 26, 27).

Kultura desberdineko pertsonen zeinu eta sintomak aztertu dira eta erditu osteko depresioan sentitzen dutena azaldu dute. Mandarina hizkuntza hitz egiten duten zenbait emakumek zerua jausiko balitz bezalako egoera bizi zutela azaldu zuten, beste batzuek ordea uretara jausita itozten ariko balira bezala, lehorreratzea lortu ezineko egoeraren pareko jartzen dute amatasuna. Emakume Banglades batzuek bihotzeko

baten aurrean egongo balira bezalako min torazikoa eta zanpatzailea sentitzen zutela adierazi zuten (9).

Gainera, jateko gogoaren galera ematen da eta ez du elikadura osasuntsua aurrera eramateko gaitasunik izaten. Bere arreta guztia haurraren zuzentzen dute, eta bere buruaren inguruko zainketak alde batera uzten ditu emakumeak (12).

Umore-aldaketak direla eta, aro honetan anhedonia izatea ere ohikoa izaten da. Euren plazerra alde batera uzten baitute lur jota daudelako (14).

Suizidio-ideiak ere izaten dituzte erditu ondorengo depresioa duten zenbait emakumek (1). Lur jota eta etsita aurkitzeak bere buruaz beste egiteko gogoia izaten dutela helarazten dute, horietako batzuk helburua lortzera iristen direlarik. Ebidentziak erakutsi du ama diren emakumetan ematen diren heriotzen % 20a bere buruaz beste egiteagatik izaten dela (10, 12).

#### **4.2.3. ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN DETEKZIOA**

Asaldura mental honen arrisku-faktoreetatik eta sintomatologiatik abiatuz, garrantzitsua da detekzio goiztiarra egitea (2, 10, 13). Izan ere, aurrez aipatu bezala, amaren bizi-kalitatean eta egunerokotasunean eragiteaz gain, haurraren hazkuntzan eta garapen-prozesuan zuzeneko eragina duela ikusi baita. Depresioaren antzematean paper garrantzitsua betetzen dute Lehen Arreta Mailako erizainek, batez ere, pediatriako zerbitzukoek eta emaginek, baita ama-haur unitateko erizainek ere (1, 10, 19).

Zenbait herrialdetan asaldura honen antzemateari garrantzia eman diote eta praktika klinikoan derrigorrezko ekintza moduan izendatu dute. Australian esaterako, hamar urte baino gehiago daramatza indarrean. Aldiz, Estatu Batuetan, erakundeen arabera erditu ondorengo umore asalduren detekzioa eta tratamenduaren inguruko aholkuak aldakorak izaten dira. Estatu Batuetako prebentzio-zerbitzuaren arabera pertsona helduetan depresioaren *Screeninga* burutu ahal izateko osasun-profesionalak egoerarekin lan egiteko prestatuta daudenean egin behar dela dio. Osasun-profesionalaren heziketaren garrantzia azpimarratzen du diagnostiko zehatza egin ahal izateko, tratamendu eraginkorra aukeratzeko baita prozesuaren jarraipena egoki burutzeko ere (10).

Argitaratutako ikerketa kualitatibo batean *screeninga* egiteko aholku batzuk zehazten dituzte, non osasuntsu dauden haurren lehen urtea bete arte egiten diren errebisioetan antzematen direla depresio kasu gehien azaldu duten. Ikerketa horretan zoriz aukeratutako emakumeei galdetegi bat betearazi zieten eta lortutako emaitzen arabera emakumeen % 85ak haurraren osasun errebisioetan bere osasunaren inguruko elkarrizketak izatea egokitzat ikusi zuen. Elkarrizketatuen % 75ak baieztatu

zuen osasun profesionalak ez bazien osasun egoeraz galderarik egin ongizatea bultzatzeko aukera galdutzat ematen zutela (10).

Osasun-eta giza-zerbitzuen sailak aholkatzen du emakumea haurdun geratzen denetik hasi behar dela erditu osteko depresioaren inguruko lanketa egiten eta susmoen aurrean prebentzioarekin hasteko garai egokia dela. Horretarako, haurdun dauden emakume guztiei erditu osteko depresio aurrekariak dituzten nahiz familian depresioaren edota asaldura bipolarraren aurrekariak dituzten galdetzea garrantzitsua dela adierazi dute. Horrez gain, erditu ondorengo 4-6 aste bitartean nahiz hirugarren eta laugarren hilabeteetan erditu osteko sintomei buruz galdetzea beharrezkoa dela azaldu dute (2, 10).

Buruko gaixotasunen antzematea zenbat eta lehenago egin, pertsonari ondoen egokitzen zaion tratamendua abian jartzeko aukera ematen dio osasun-profesionalari. Era horretan, erditu osteko depresioaren iraupena ere urriagoa izango da, eta beraz, haur jaioberriari eragingo dizkion ondorio negatiboak ere gutxitu ahal izango dira (14), (20).

Erditu osteko depresioa jasateko arriskuan egon daitezkeen emakumeak identifikatzeko modu eraginkorrena erizaintzako kontsultan *screeninga* egitea dela ikusi da eta egunerokotasunean erabiltzeko egokienak edo aholkatuenak diren zenbait tresna aurkitu dira (20). Era horretan, onartuak dauden galdetegiak erabiliaz *screeninga* errutinazko jardueraren zati bilakatuko delarik. Ameriketako pediatria akademiak erditu osteko asaldura honen detekzioa egiteko haur osasuntsuaren errutinazko errebisioetan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) eskala erabiltzea aholkatzen du (2, 10).

Haurra jaiotzen denetik lehen urtean errutinazko errebisioak izaten dituzte pediatriako erizainarekin nahiz medikuarekin. Izan ere, pisuaren kontrola egiteaz gain, adin tarte bakoitzean dagozkion txertoak jartzen dira. Hori dela eta, aukera ezin hobea izaten du erizainak amaren eta haurraren arteko erlazioa behatzeaz gain, erditu osteko depresioaren agerpenerako izan daitezkeen arrisku-faktoreak identifikatzeko. Beraz, kontsultaren arrazoa bestelakoa bada ere, modu ez hain zuzenean, amaren jokabidearekin erreparatu eta ondorioak ateratzeko aukera ematen dio (8).

Gainera, emakumeak bere bizitzako edozein unetan depresioa izan badu, emakume hauen jarraipena gertuagotik egitea aholkatzen dute (10).

Egindako ikerketa desberdinek adierazi dute EPDS eskala dela onartuena eta gehien erabiltzen dena praktika klinikoan; haurdunaldian nahiz erditu ondorengo emakumeekin (28). Eskala honek emakumearen umorearen inguruko deskribapena egiten dio osasun profesionalari (Ikus 5. eta 6. eranskinak) (16, 17). Mentalki

osasuntsu egon ez daitezkeen emakumeen detekzio goiztiarra egiteko aukera ahalbidetzen du tresna honek (10, 13).

Esan beharra dago, herrialde bakoitzak EPDS eskalaren bertsioa sortu duela eta baloreak ez direla unibertsalak, herrialde bakoitzak puntuazio desberdina ematen dioela erditu osteko depresioa izateko aukerari (6,13)

Oro har, 10 baino puntuazio altuagoko emakumeetan arreta berezia jarri behar da eta izan dezakeen sintomatologiarekin lan egin eta erditu ondoren berezkoa dena eta ez dena desberdindu ahal izateko (29).

Espainiako Osasun Ministeritzak, haurdun gelditu aurretik, nahiz ondoren eta erditu ostean eman beharreko zainketen inguruan argitaratutako gidan azaltzen duenez, EPDS eskala pasa aurretik emakumeari zenbait galdera egitea aholkatzen du; (ikus 7. eranskina)(30).

Aurkitutako emaitzen arabera erditu ondoren 4-6 aste bitartean, haurrak hiru hilabeteko eta sei hilabeteko adina dituen garaian du emakumeak depresio sintomak izateko aukera gehien. Hori dela eta, erditu ondoren 4-6 aste bitartean, hirugarren hilabetean eta ondoren seigarren hilabetean pasa beharko litzaioke galdetegia emakumeari. Denbora tarte horietan depresio berriak identifikatzeko nahiz denbora tarteren batean depresio zeinuak erakutsi baditu denborak aurrera egin ahala depresioa egoten jarraitzen duen ikusteko balioko du. Hala eta guztiz ere, EPDS eskalak erditu aurretiko informazioa ere ahalbidetu dakio erizainari, hau da, haurdunaldian ere depresioaren zeinu eta sintomen inguruko neurketa egiteko aukera ere ematen du (29).

Eskala honek emakumeari osasun profesionalarekin, erizainarekin batez ere, hitz egiteko ateak zabaltzen dizkio. Izan ere, galderak oinarri hartuta elkarrizketa erdi-egituratua sortzeko aukera ematen dio erizainari eta emakumeak esperientzia kontatzeko giroa sortzen dela ikusi dute. Horrela, depresioaren aurrean egon daitekeen emakumea errazago antzematen laguntzen duela ikusi da (2).

EPDSaz gain, badaude beste zenbait eskala ere emakumeak depresioa izateko dituen arrisku-faktoreen inguruko neurketa egiteko balio dutenak baita haurraren garapenaren eboluzioari nondik norakoa ezagutzeko ere (27). (Ikus 8-9 eranskinak).

#### **4.2.4. ERDITU OSTEKO DEPRESIOAK DUEN ERAGINA**

##### **4.2.4.1. Emakumearen bizi-kalitatean**

Amaren rola funtsezkoa izaten da jaioberriaren biziraupena, ongizatea eta segurtasuna ziurtatzeko. Amak depresioa bezalako osasun-arazo bat garatzen duenean, bere funtzionamenduan eragin diezaioke eta autoestimua gutxitu (3).

Ondorioz, bizi-kalitatean zuzenki eragiten diola ikusi da azterketa honetan. Izan

ere, emakumearen ongizatean eragiten du eta fisikoki gaizki egoteaz gain, oztopo asko jartzen dizkio gaixotasunak eguneroko ekintzak egoki aurrera eraman ahal izateko (24). Ondorioz, amaren rolari dagozkion zainketak emateko ezintasuna, osasun-asaldurak eta bizi-kalitatearen gutxitzea eragiten dizkio emakumeari (6, 12).

Osasunaren Munduko Erakundeak (OME) bizi-kalitatearen ondorengo definizioa adierazten du: *“Gizabanako bakoitzak bizi duen bizitzaren inguruan duen pertzepzioa testuinguru kulturalari eta bizi dituen baloreei dagokionean eta dituen helburu, kezka, itxaropen eta arauekin erlazionatua izaten dena”* (6). Egindako ikerketek erlazio esanguratsua adierazi dute erditu osteko depresioaren eta bizi-kalitatearen artean. Kanadan egindako ikerketan erakutsi dute erditu osteko depresioa pairatzen zuten emakumeek funtzio sozialen inguruko galdetegietan puntuazio baxuagoa lortzen zutela depresioa pairatzen ez zuten emakumeekin alderatuta (6).

Bestalde, erditu osteko denbora tartean dauden emakumeetan gertatzen diren heriotzen kausa nagusia suizidioa izaten da. 100.000 erditzeetan 11 kasutik gora gertatzen direlarik (10).

#### **4.2.4.2. Bikotean nahiz familian**

Kingston et al.ek 2014an egindako ikerketan, erditu osteko buru-osasunari buruzko galdeketa bat egin zuten non emakumeen % 79,8ak gaixotasuna duten emakumeek bikotearen beharrei erantzuteko arazoak izaten dizutela uste du (17).

Bikote rola izatetik guraso rola izatera igarotzen dira eta lehen egunetan nahiz asteetan euren harremana albo batera uztea ohikoa izaten da, jaioberriaren beharrak asetzea izaten delako bikotearen helburu nagusia (4).

Erditu osteko depresioa pairatzen zuten 396 emakumeri bizi zuten bikote ereduaren pertzepzioen inguruko galdeketa egin zitzaion eta ikusi zuten bikotekidearekin gatazka gehiago izaten zituztela depresioa pairatzen zuten emakumeek erditu ondorengo zortzigarren astean deprimituta ez zeuden emakumeekin alderatuta. Depresioaren sintomak bizitzen ari ziren emakumeak orokorrean espresio antzekoak erabiltzen zituztela ikusi zen; emakumearen haserrea eragiten zutela gizonezkoen portaerek, jokatzeko modua aldatzeko nahia izaten zutela, emakumearen ekintzak gaitzesten zituztela eta azkenik, emakumeari esfortzu izugarria sortzen ziola senarrarekin eztabaidak eta gatazkak ekiditen ibili behar izateak (24).

Ebidentziak dio emakumezkoak depresioa pairatzeko arriskua izateaz gain, bikotekideak ere depresioa garatzeko aukera duela aro honetan, hala ere, gaur egun ez zaiola garrantzia handirik ematen ikusi da ( ikus 7. eranskina) (4).

Gizonezkoen kasuan sintomatologia ez da emakumezkoetan bezain adierazgarria izaten, eta normalean tristura azaldu ordez, oldarkortasuna agertu ohi da.

Biolentzia, alkohola eta substantzia ilegalen kontsumoan gorakada nabarmena, eta paranoiak izaten dituzte. Normalean, bikotearen depresioa izaten dute sorburua eta emazteak bizi duen egoerarekin aurrera egin ezin duela ikusita, estres eta antsietate handia eragiten dizkio (4).

Familiarentzat ere egoera desatsegina izaten da. Emakumearen asaldurak tentsio egoera handia biziartzen die inguruko guztiei. Emakumearen egoera okerragotuz doala ikusten dute eta lagundu nahi duten arren emakumeak bere horretan jarraitzen duela ikusten dute. Emakumea geroz eta oldarkorragoa bilakatzen doan heinean senarrak nahiz familiak ez du ezagutu ere egiten emakumea (12, 23).

#### **4.2.4.3. Haurraren garapenean**

Emakumea haurdun geratzen den unetik barnean daraman gizaki berriarekin harremana sustatzen hasten da eta pixkanaka atxikimendua lortzen joaten da (24). Erditu eta berehala, jaioberria egoera berrira egokitzen hasten da eta gurasoen gertutasuna eta kontaktua sentitzea berezko beharra izaten du. Haurraren garapen fisikorako eta psikologikorako erditu ondorengo sei hilabeteak garrantzitsuak izaten direlarik (27). Gainera, emakumeak zenbat eta lehenago garatu erditu osteko depresioa haurraren duen eragina handiagoa dela ikusi da (2).

Haurra hazten doan heinean, eskakizun horiek aurrera eramanean ahal izateko irribarrea eta negarra izaten dira erabiltzen dituen komunikazio tresna nagusienak. Gurasoak haurrak erakusten dituen zeinuekin ohartzeko eta egoki erantzuteko gai badira, haurrak oinarri segurua eraikitzen du eta gurasoekiko atxikimendu egokia sustatzen du (21). Erditu osteko depresioa pairatzen duten gurasoen kasuan ordea, haurraren beharrei erantzuteko ezintasuna izaten dute eta atxikimendu goiztiar horretan oztopoak ematen dira. Osasunaren Nazioarteko Institutuan argitaratutako kohorte ikerketa batean, erditu osteko depresioa diagnostikatutako emakumeen % 29ak haurrekin duen harremanean negatiboki eragiten duela ikusi dute. Ama-haur atxikimenduaren kalitatean gutxitze bat ikusi zuten erditu ondorengo bigarren eta seigarren asteetan eta laugarren hilabetean guztira 101 ama-haur bikotek parte hartutako ikerketa batean (24).

Gainera, haurraren garapenean atzerapen bat ematen dela ikusi da; portaera-asaldurak izaten dituzte eta funtzio kognitiboetan arazoak nabarmentzen dira (4, 21, 27, 31). Txilen deprimitutako amen haurrek jasandako ondorioei buruz egindako ikerketa batean ikusi da haurren % 49,8ak hazkuntzan ondorio kaltegarriak pairatzen dituela, ondorioak berehalakoak nahiz luzetarakoak izan daitezkelarik (31). Gaixo dauden emakumeen kasuan ikusi da edoskitze naturala aholkatutako denbora tarte baina txikiagoan eskaintzen dutela (10). Hori dela eta, gaixotasun desberdinen

agerpena errazten da, haurrak amaren esnetik jasotzen dituen babes-faktoreak falta zaizkiolako (14).

Egindako errebisioan irakurritakoaren arabera, haurraren lehen urtean funtzio-kognitiboan arazoak izateaz gain, funtzio-motorean ere eragina jasatea ohikoa izaten dela (19, 27). Haurraren inteligentzian eragin nabarmena izaten du erditu osteko depresioak, eta hau hitz egiteko gaitasunean antzematen dela diote (10).

Gainera, depresiorik ez duten emakumeen hurrekin alderatuta fisikoki ahulagoak izaten dira, eta gaixotasun desberdinak maiztasun handiagoarekin garatzen dituztela ikusi da. Arazo psikosozialak izatea ere ohikoa izaten da depresioa pairatzen duten amen haurren kasuan. Emozioak kontrolatzeko arazoak izaten dituzte eta jokaerari nahiz portaerari dagokionean ezaugarri deigarriak izaten dituzte (26). Erditu osteko depresioaren ondorioztat hartu dira haurraren oldarkortasuna edo agresibitatea, umore apalgarria izatea eta hiperaktibitate arazoak izatea lehenengo urtea betetzen duen arte (10, 24, 27).

Deprimitutako zenbait emakume haurrenganako tratu txarrak eta arduragabekeria izatera irits daiteke. Ikerketa batean asaldura duten kasuen % 34ak haurrekin duen harremanean urruntze bat izan duela aitortu du, eta ehuneko handi batek, % 36ak hain zuzen ere, inoiz haurrari kalteren bat sortu diola ikusi da, muturreko egoeran haurraren suizidioa eragin duelarik (12, 27).

3-5 urteko adin tarteko hamar mila hurrekin egindako ikerketa batean ondorioztatu zuten, erditu osteko depresioa pairatzen zuten emakumeen hurrek emozio eta portaera asaldurak izateko aukera bikoiztu egiten zela. Haur horien jarraipena egin zuten eta zazpi urte bete zituztenean asaldura mentalak diagnostikatzea ohikoagoa zela ikusi zuten ama osasuntsuen hurrekin alderatuta (10). Haurtzaroan haur hauek kortisol maila altuagoak izaten dituzte, ondorioz, antsietatea izateko aukera ere handitu egiten da (10, 31). Sozialki erlazionatzeko zailtasunak izaten dituzte, eta gurasoekin duten harremanean arazoak izaten dituzte. Gaez lo egiteko zailtasunak izaten dituzte eta elikadura egokia mantentzeko ezintasuna (14).

Horrez gain, haur hiperaktiboak izateko arriskua ere handitzen dela ikusi da. Erditu osteko depresioa pairatzen duten emakumeen hurrek eta euren ondorengoek 3-5 aldiz aukera handiagoa izaten dute etorkizunean nerabezaroan nahiz helduaroan depresioa pairatzeko eta kontzentratzeko eta arreta mantentzeko zailtasunak izateko arrisku handiagoa izaten dute (10, 24).

**Taula 5.** Erditu osteko depresioak, bestelako depresioak edota biek haurrengan duten eragina.



Variables		Non-depression N (%)	PPD* N (%)	Current depression N (%)	Both PPD and current depression N (%)	P.value
Chronic diseases	No	339 (98.3)	105 (83.3)	59 (96.7)	60 (76.9)	<0.001
	Yes	7 (14.6)	21 (16.7)	2 (3.3)	18 (23.1)	
Acute diseases	No	395 (97.3)	112 (18.8)	44 (7.4)	44 (7.4)	<0.001
	Yes	11 (2.7)	14 (18.4)	17 (22.4)	34 (44.7)	
Daily medication	No	389 (64)	109 (17.9)	56 (9.2)	54 (8.9)	<0.001
	Yes	17 (27)	17 (27)	5 (7.9)	24 (38.1)	
Child's gender	Girl	201 (49.5)	66 (52.4)	25 (41)	35 (44.9)	>0.05
	Boy	205 (50.5)	60 (47.6)	36 (59)	43 (55.1)	

**Iturria:** Abdollahi F, Rezai Abhari F, Zarghami M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. Acta Med Iran. 2017 Feb; 55(2): 109-14.

Datuak aztertuta ikusi zuten depresioa pairatzen zuten emakumeen haurren kasuan gaixotasun akutu edota kroniko kopuru handia ematen zela, arazo kroniko nagusia asma zela ondorioztatu zutelarik (10). Hori dela eta, urteetan zehar egunero medikazioa hartzeko behar handiagoa izaten zutela depresioa pairatzen zuten amen haurrek osasuntsu zeuden amen haurrek baino (27). Gainera, haurren sexuaren arabera ere eragina aldakorra dela ikusi da. Neskatilen kasuan amaren depresioaren eragin handiagoa jasotzen dutela ikusi da. Aldiz, mutilen kasuan aitak jasandako erditu osteko depresioaren eragina izateko ahulagoak direla ikusi da (21).

#### 4.2.5. ERIZAINAREN LANA ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN AURREAN

Europako Osasun Publikoko komiteak aditzera eman duenez, erditu osteko depresioa pairatzen duten emakumeak dira prebentzio interbentzioen behar handiena duen populazio xedea (6, 19).

Zenbait herrialdeetan, Australian esaterako, gai honen inguruko lanketa egin dute eta egunerokotasunean aurrera eraman beharreko interbentzio psikosozialen, nahiz depresioaren *screeninga* egoki burutzeko ekintzen inguruko ikerketa egiteaz gain, zerbitzu desberdinetako profesionalen arteko koordinazio ere finkatu dute (10, 19).

Psikosozialki artatu beharreko gaixotasuna dela adierazi dute eta hiru arrisku-maila identifikatu dituzte (18, 19, 24).

**Taula 6.** Arrisku-mailak eta ezaugarriak

ARRISKU-MAILAK	ARRISKU-FAKTOREAK	ARTAKETA
1. MAILA	Ez du arrisku-faktorarik	Lehen Arreta Mailan
2. MAILA	Gutxienez arrisku-faktoreetako bat <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depresio aurrekariak</li> <li>➤ Bikotea langabezian</li> <li>➤ Gertuko norbaiten heriotza</li> <li>➤ Babes sozial falta</li> <li>➤ Bikotearekin harrema-</li> </ul>	Diziplina anitzeko taldeak

	nean asaldura	
	➤ Etxebizitza finkorik ez izatea	
<b>3. MAILA</b>	Arrisku-faktore ugari, aurrez aipatutakoei gehitzen zaizkienak <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emakumearen buru-gaixotasunak</li> <li>➤ Biolentziaren biktima izatea</li> <li>➤ Substantzien kontsumoa</li> </ul>	Diziplina anitzeko taldeak

**Iturria:** propioa

Erizainen lana emakumeari nahiz familiari haurdun geratzen den momentutik erditu osteko depresioaren inguruko heziketa ematea dela ikusi da, erditu osteko asaldura honen intzidentzia gutxitu ahal izateko (19). Emakumearen osasunaren jarraipena egiteko egokiena Lehen Arreta Maila dela ikusi da, eta beraz lehentasuna eman beharrekoa (10, 20, 21).

Zenbaiten ustez heziketa ospitalean hasi badaiteke ere, ebidentzian ikusi ahal izan da ez dela unerik egokiena depresioaren inguruko lanketa egiteko. Izan ere, erditu ondorengo lehen orduetan beste zenbait zainketei ematen zaie garrantzia, batez ere, edoskitze-prozesua egoki egiten ikasteari nahiz haur jaioberriaren oinarritzko zainketak ematen ikasteari. Beraz, une horretan depresioaren gaia jorratzea ez dela eraginkorra ikusi da (29).

Dagoeneko esan den bezala, Lehen Arreta Mailako profesionalekin duen gertutasuna ikusirik, garrantzitsua izango da beraz, trebatuak egotea erditu osteko depresioarekin. Depresioaren antzematea egiteko erabiltzen den eskalaren eraginkortasuna erabiltzen duen profesionalaren abilezian oinarritzen baita, eta erabilera egokia ematen dion erizainak depresioa pairatzeko duen arriskua errazago identifikatuko du (2, 10, 20).

Horretaz gain, erizainak emakumearekin lehen unetik harreman estua eta konfiantzazkoa lortzeko gaitasuna izan behar du (21). Errebisioan ikusi da konfiantzazko giroa sortzen den kasuetan emakumeak errazago helarazten dituela izan ditzaken kezka edota zalantzak eta lasaiago hitz egiten duela erizainarekin (10, 20).

Asaldura mental hau antzemateko ordu beteko saio bakarrean egin daitekeela azaldu dute. Erizainak elkarrizketa jarraitzeko gida bat egin dezakeen arren, kontuan izan behar da emakume bakoitzaren kasua bakarra izango dela, eta beraz, elkarrizketa guztiak ez direla berdinak izango (20).

Behin, konfiantzazko giroa sortuta emakumeari EPDS eskala ematea

aholkatzen da, eta lortzen duen puntuazioaren arabera erizainak baloratzea beste osasun profesional batengana bideratzea beharrezkoa den. Zenbaitetan, erizainarekin jarraipena egitearekin nahikoa zela adierazi dute Borglin G. et al.ek. Kontsulta honen helburua ez da EPDS eskala betearaztea, emakumeari emandako erantzunen inguruan pentsaraztea eta laguntza behar duen kasuan eskuragarri dituen errekurtsoen inguruko azalpena ematea baizik (20).

Erizainaren heziketa indibidualizatuaz gain, zenbait herrialdeetan erditu osteko depresioaren aurrean eraginkorrak diren talde-heziketak ere egiten direla ikusi da. Bertan, gurasoei segurtasuna ematea lortu nahi da, horretarako, erditze-prozesuari buruzko informazioa ematen zaie eta erditu osteko depresioaren inguruko lanketa ere egiten da. Erlaxazio-teknikak lantzea eta emakumeentzat konfiantzazko pertsonarekin masaje saioa izateak ere laguntzen duela ikusi da (32).

Osakidetzak zenbait Osasun Zentrotan talde-heziketa hauek eskaintzen ditu, saioak emaginak zuzentzen ditu eta gai ezberdinak jorratzen dira bertan; erditzea, anestesia-epidurala, edoskitzea, erditu osteko depresioa, puerperioa, eta abar. Taldean konfiantza handia eta harreman estua lortzen dute eta saioetatik kanpo elkar ikusten dute.

Izan ere, izan ditzaketen kezka eta sentimenduak orokorrean errepikatu egiten dira eta ingurukoek egoera kudeatzeko erabiltzen dituzten estrategien berri ematean, edota gai zehatz baten inguruan eztabaidatzeak lasaitasuna eta konfiantza eskaintzen die. Gainera, emakumea etxetik aterarazteko aukera ezin hobea dela ikusi da, eta jende berriarekin sozializatzeko aukera ere ematen diola (9, 32).

Hori dela eta, erizainak emakumearekin kontsultan lanketa egiteaz gain, talde-saioak antolatzen diren kasuetan, emakumeari nahiz bere bikoteari parte hartzeko gomendioa egingo dio aurrez aipatu diren arrazoiak azalduz (14, 32).

Zerbitzu sozialekin harremanetan jartzeko ere aholkatzen zaio emakumeari arazoren bat detektatuz gero, bere inguruarekin laguntza eskaintzeko eta behar dituen baliabideak eskuratzeko (20).

Osasun Zentruko bisitez gain, zenbait herrialdetan, erditu ondoren erizainek gutxienez lehenengo bisita emakumearen etxean egiten dutela ikusi da, eta emakumeari nahiz familiari laguntza handia eskaintzeko aukera ematen diola. Izan ere, emakumea bere inguruan erosoago aurkitzen dela identifikatu dute eta, bide batez, erizainarentzat errazagoa dela emakumearen inguruaren balorazioa egitea hurraren eta amaren balorazioa egiteaz gain (20). Horrela, elkarrizketa informalen bitartez, etxebizitzaren egokitasuna neurtzeko aukera ematen dio erizainari, bikotearen nahiz familiako beste kideen arteko harremanaren inguruko balorazioa eta abar. Hala eta

guztiz ere, erizainaren pertzepzioaren arabera zainketak ematen zituztela ondorioztatu zuten ikerketa horretan (20).

Bestalde, erizaintza-zainketak transkulturalak izan behar dira. Emakume etorkinek erditu osteko depresioa izateko arrisku handiagoa dutela ikusirik, garrantzitsua izango da emakume hauekin hasieratik lan egiten hastea. Horretarako, beharrezkoa da kultura horren barne diren baloreen eta sinesmenen inguruko ezagutza izatea (9). Horrez gain, heziketa ematerakoan emakumeak izan ditzakeen gabeziak identifikatzea eta kontuan hartzea garrantzitsua direla adierazi dute (14). Horretarako, gure balore kulturalak alde batera utzita beste zenbait kulturetako sinesmenak eta baloreak ulertu beharko dira pertsona modu holistikoan artatu ahal izateko (3, 20).

Hizkuntza sarritan heziketa emateko oztopoa izaten da, etorkinak diren askok ez dutelako bertako hizkuntza hitz egiten. Garrantzitsua izango da uneoro emakume bakoitzak behar duen informazioa dagokion hizkuntzan eskuragarri izatea (9).

Gainera, ikusi da kultura arabiarrean gizona izaten dela askotan emakumearen euskarri bakarra eta beraz, heziketa ematerako garaian gizonekin lan egitea bilatu beharko da. Horrela, emakumea depresioan egoteko arriskua ikusten bada gizonari emango zaizkio aurre egiteko baliabideak. Beste askoren kasuan, alderantziz gertatzen da. Gizonak lanera joan behar duelako, emakume etorkinek badakite ez dutela senarraren aldetik babesik eta laguntzarik jasoko eta horien kasuan, ikusi da eskertu egiten dutela osasun-profesionalen aldetik laguntza jasotzea. Izan ere, heziketa jaso ondoren segurtasun handiagoarekin sentitzen direla eta egoera berriari aurre egiteko indartsuago sentitzen direla ikusi da (9, 22).

Osakidetzak Bizkaiako Foru Aldundiaren kolaborazioarekin eta beste zenbait erakundeekin PAINNE gida sortu du. Behar bereziak dituzten neska-mutilentzat arreta integratua eskaintzeko gida da, non erditu osteko depresioa pairatzen duten emakumeen seme-alabei buruzko pautak ematen diren. Gidak dio haurdunaldiaren jarraipena egiten den lekuaren arabera zerbitzu batera edo bestera deribatu behar dela emakumea. Haurdunaldia Lehen Arreta Mailan jarraitu bada osasun mentalera deribatu behar dela dio, aldiz, ospitalean egiten bazaio jarraipena haurren psikiatria zerbitzura deribatu behar dela, beti ere historia klinikoan PAINNE akronimoa adierazita interkontsulta egiterakoan (8).

## **5. EZTABAIDA**

Lana egiterakoan autore desberdinek erditu osteko depresioaren prebalentziaren inguruan datu desberdinak ematen dituztela ikusi da (2, 5). Mundu mailan egin diren ikerketen arabera, orokorrean % 8-% 15 bitartekoa dela diote. Aitzitik, 40 herrialde

aztertutako 143 ikerketetan erditu osteko asaldura honen balio tartea % 0 izatek ia % 60 izaterainokoa dela ikusi da (2, 6, 18, 32). Esaterako, Singapur, Malta, Malasia, Austria eta Dinamarkan erditu osteko asaldura honen inguruko ikerketak edota datuak falta direla ikusi da. Aldiz, Brasil, Txile, Italia, Taiwan Korea, eta Hego Afrikan ikerketa askotan aztertu den gaixotasuna dela diote. Hori dela eta, lehenik aipatutako herrialdeetan datuak ez dira esanguratsuak ondorioak atera ahal izateko, ondoren aipatu diren herrialdeekin alderatuta (2). Honen arrazoia, ikerketa egiterakoan hartutako laginaren ezaugarriak, diagnostikoa egiteko erabili den tresna eta bere interpretazioa, eta azkenik, honen erabileraren denbora tartea direla ikusi da. Izan ere, prebalentzia altuenak lurralde garatugabeetan izan direla ikusi da, lurralde garatuekin alderatuta kopurua bikoizten delarik (2, 18, 32).

Bilaketa egin ondoren ikusi da EPDS eskala erabiltzea gomendatzen dutela gaixotasunaren detekzioa egiterako garaian, baina herrialde bakoitzak puntuazio korte desberdina finkatzen duela. Esaterako, Korean egindako ikerketa batean ikusi da % 20-% 40ko prebalentzia dagoela haurdunaldian zehar depresioa pairatu, eta ondoren, erditu osteko depresioa izateko. Hori dela eta, herrialde honetan haurdunaldiaren hiruhileko bakoitzean eta erditu ondoren pasatzen dute EPDS eskala. Depresioa izateko arriskua detektatzeko puntuazio hoberena EPDS  $\geq 10$  delarik (18).

Estatu Batuetan ordea, emakumeen % 25ak erditu ondoren depresioa izaten duela adierazi dute EPDS  $\geq 10$  erabilia. Hauek aldiz, erditu ondorengo bigarren astean pasatzen dute lehenengo aldiz eskala, eta ondoren bigarren hilabetean, laugarren hilabetean, eta azkenik, seigarren hilabetean pasatzen dutelarik (10).

Iranen ordea, egindako ikerketen arabera, % 19,4ko prebalentzia dagoela definitu dute. Herrialde honetan, EPDS  $\geq 12$  finkatu dute eta eskalaren erabilera egiteko erditu ondorengo zortzigarren astea dela zehaztu dute. Horrez gain, EPDS altuko emakumeetan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) jarraituta alderaketa egitea beharrezkoa dela esan dute (16). Esan beharra dago, egun bosgarren edizioa dagoela indarrean, eta beraz, gidaliburu horrekin alderatu beharko dela.

Azkenik, Grezian, EPDS  $\geq 12$  izanez gero, erditu osteko depresio posiblearen indikatzaile dela diote. 402 emakumek parte hartutako ikerketa batean, % 19,8ak erditu ondorengo lehen sei hilabeteetan erditu osteko asaldura hau jasan du. Aldiz, 205 emakumek parte hartutako beste ikerketa batean, kasuen % 14,5ak erditu eta lehen 2-3 egunetan gaixotasunaren sintomatologia pairatu du (EPDS  $\geq 14$ ). Bestalde, 1039ko lagina hartutako beste ikerketa batean azaldu dutenez, % 13,6ak erditu ondorengo zortzigarren astean agertu zaio sintomatologia (EPDS  $\geq 13$ ) (6).

Alabaina, Espainian % 10eko prebalentzia dagoela adierazi dute, kasu honetan EPDS  $\geq 12$  ezarri dute eta erditu ondorengo seigarren astean pasatzen aholkatzen da (30).

Hala eta guztiz ere, esan beharra dago, errebisio-sistematiko batean denboraren eta depresioaren sintomatologiaren arteko erlazioa finkatu dutela. Beste hitz batzuekin esateko, erditu ondoren eskalaren erabilera zenbat eta beranduago egin depresio kopuruak gora egiten zuela ikusi zuten. Hau da, zortzigarren astean % 10ari erditu osteko depresioa diagnostikatu bazitzaion, 12 aste beranduago eskala pasa eta zifrak % 22raino handitzen zirela ikusi zuten (32).

Praktikak Osasun Zentroan egin ondoren, esan daiteke gaur egun ez dela protokolorik jarraitzen kasuen deribazioa egiteko. Ohikoena emakumea bere familia medikuarekin harremanetan jartzeko aholkua ematen zaio, pediatriako kontsultan depresioaren aurrean susmoa dagoen kasuetan, emakumearen jarraipena egiten da; bere aldarreak bere horretan jarraitzen ote duen edota hobekuntzarik izan ote duen ikusteko.

Euskal Herrian erditu osteko osasun arazo honi buruzko ikerketa falta ikusita, garrantzitsua izango da etorkizunean Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) emakumeek osatzen duten laginaren inguruko azterketa egitea. Era horretan, gaixotasunaren intzidentzia eta euskal emakumeetan ematen diren arrisku-faktoreetatik abiatuz, praktika klinikorako protokoloak sortzeko aukera izango da. Horrela, Osakidetzako profesionalek asaldura honen maneiu egokia burutuko dute.

Hortaz gain, Osakidetzak kontsulta bakoitzarentzat ezarritako denbora tartekak kontuan izanik, ezinezkoa zaio erizainari ordubeteko iraupena duten kontsultak izatea emakume bakoitzarekin erditu osteko depresioaren inguruko heziketa emateko. Hori dela eta, erizain bezala lehentasunak finkatzea beharrezkoa izango da detekzioa egoki egiteko eta diru-kostua ahalik eta murriztena izateko.

Arrisku-faktoreei erreparatuz emakume etorkinak, maila sozioekonomiko baxukoak eta depresio aurrekariak dituzten emakumeak gaixotasuna garatzeko aukera handiagoa dutela ikusi denez, emakume hauekin lanketa egitea lehenetsiko da. Horretarako, ohiko kontsulta batean Espainiako Osasun Ministeritzak finkatuak dituen (7. eranskina) galderak egingo zaizkio emakumeari, eta EPDS eskala pasatzeko baldintzak betetzen dituela ikusiz gero, eskala pasako zaio.

Gainera, egoera sozioekonomikoa asalduraren arrisku-faktore nagusienetarikoa izanik, deigarria egiten da honen inguruko informazioa lortzeko ez dela galdetegirik pasatzen orokorrean, eta gauza bera gertatzen da Osakidetzan ere. Hori dela eta, garrantzia eman beharko zaio kasu hauetan eta dagokion galdetegia pasa beharko

zaio erabiltzaileari.

Horrez gain, hizkuntza osasun profesional eta emakumeen arteko komunikazioan oztopoa dela ikusi da. Halatan, garrantzitsua izango da erizainak ematen duen informazioaren osagarri gisa gaixotasunaren inguruko informazio-orria sortzea eta hizkuntza desberdinetan eskuragarri izatea. Informazio-orriaren proposamena egin da lan honetan (ikus 11. eranskina).

Azkenik, esan beharra dago, geroz eta familia mota anitzagoak aurki daitezkeela gizartean, baina lana egiterakoan ez dela hauen inguruko aipurik aurkitu, egindako bilaketan bikote heterosexualek osatutako familia aipatzen zutelako nagusiki. Gaur egun, teknologiaren aurrerapenari esker emakumeak bikotekiderik gabe nahiz sexu bereko beste pertsona batekin amatasun prozesua bizitzeko aukera du. Hau horrela izanik, lagin honen inguruko azterketa egitea ere beharrezkoa ikusi da.

## **6. LANAREN LIMITAZIOAK**

Euskal Herrian erditu osteko depresioaren inguruko informazioa aurkitzeko zailtasunak izan dira. Mundu mailan ikerketa ugari argitaratu diren arren, Euskal Herriko datuekin gabezia dagoela ikusi da. Osakidetzak PAINNE gida badu ere, behar bereziak dituzten haurren zainketak emateko argibideak ematen dira, baina erditu osteko depresioaren aurrean dagoen emakumearekin jarraitu beharreko pausu zehatzen gabezia ikusi da.

## **7. ONDORIOAK**

Lana egin ondoren atera den ondorio nagusia da mundu mailan osasun publikoko arazo nagusienetarikoa bat dela eta beraz, duen prebalentzia ikusirik, erizainak esku hartu behar duela. Horretarako, antzemate goiztiarra egitea garrantzitsua dela sor daitezkeen ondorioak ekiditeko edo gutxitzeko.

Erditu ondorengo gaixotasun honek, emakumeari ondorio kaltegarriak eragiteaz gain, ikusi da familiari eta seme alabei ere eragiten diela. Izan ere, erditu osteko depresioa jasaten duten emakumeen hurrek, euren hazkuntza eta garapenean atzerapenak izaten dituztela ikusi da. Horrez gain, etorkizunean ere portaera arazoak eta depresioa izateko arriskua handiagoa dela ere ondorioztatu da.

Hori dela eta, ikusi da Lehen Arreta Mailako erizaina dela egokiena erditu osteko depresioaren antzematea eta heziketa egiteko. Izan ere, haurrak lehen urtea betetzen duen arte pediatriako erizainarekin bisita erregularrak izaten ditu eta *screeninga* egiteko unerik egokiena dela ikusi da.

EPDS eskala da detekziorako erabiltzen den eskalarik onartuena, erditu aurretik nahiz ondoren erabiltzeko aukera ematen duena. Erizainaren erantzukizuna izango da eskala honen nondik norakoa ezagutzea eta erabilera egokia ematea.

Bestalde, erizainak emakume bakoitzari heziketa indibidualizatua emateko beharrezkoa da gaixotasun hau eragiten duten arrisku-faktoreak ezagutzea. Kontuan izanik, arrisku-faktore anitzeko gaixotasuna dela eta ez dagoela arrazoi bakarrik patologia honen azalratzea eragin dezakeenik. Garrantzitsua izango da faktore hauen inguruko elkarrizketa izatea erizaina eta emakume erditu berriak, depresioa pairatzeko arriskua duen ikusteko.

Gainera, zeinu eta sintoma ohikoen inguruko informazioa izatea ere beharrezkoa da, emakumeak nahiz bere inguruak sintomen agerpenaren inguruko susmorik badu osasun profesionalekin harremanetan jartzeko. Horretarako, erizainaren lana izango da dauden aukeren berri ematea emakumearen beharretara egokitutako eta eraginkorra izango zaion zerbitzua aukeratu ahal izateko.

Azkenik, erizainak kultura desberdinetako sinesmen eta baloreak ezagutzea beharrezkoa izango da emakumea modu holistikoa artatua izateko eta gure kulturako baloreak alde batera utzi eta emakumearen kultura edota beharretara bideratu ahal izateko eskainiko zaion heziketa.



## 8. BIBLIOGRAFIA

1.Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2017/12/30]; 2 (1): 57-85.

Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888689>

2. Glavin K, Leahy-Warren P. Postnatal depression is a public health nursing issue: perspectives from Norway and Ireland. Nurs Res Pract. [Internet]. 2013 [Atzitze-data: 2018/01/14]. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780656/>

3. Moshki M, Baloochi T, Cheravi K. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. J Clin Nurs. [Internet].2014 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 23(15-16):2256-63.

Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329943>

4. Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour J, Panahi S, Bayati S. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. J Caring Sci. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 3(1):57-66.

Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25276749>

5. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. J Midwifery Womens Health. [Internet]. 2013 [Atzitze-data: 2018/01/14]; 58(6):613-21.

Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24320095>

6. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. BMC Womens Health. 2017;17(1):115.

Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29162087>

7. Marín D, Carmona FJ, Peñacoba C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. Anales de psicología. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/02]; 30(3):908-15.

Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857802>

8. Empleo y Políticas Sociales, Salud. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales [Monografía en Internet]. Bizkaia: Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales; 2017 [Atzitze-data 2018-01-28].

Eskuragarri: <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/documentacion/2017/guia-painne-2017-proceso-de-atencion-integrada-a-ninos-y-ninas-con-necesidades-especiales/>

9. Schmied V, Black E, Naidoo N, Dahlen HG, Liamputtong P. Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-

- ethnographic study. PLoS One.[Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 12(3).  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5351835/>
10. Mgonja S, Schoening A. Postpartum Depression Screening at Well-Child Appointments: A Quality Improvement Project. J Pediatr Health Care. [Internet] 2017 [Atzitze-data: 2018/01/13]; 31(2):178-83.  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27614814>
11. Ahn S, Corwin EJ. The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 52(10):1582-90. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26143358>
12. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. J Edu Health Promot. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/11]; 6:60. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28852652>
13. Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. BMC Psychiatry. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/11];17(1):112.  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366121/>
14. Leger J, Letourneau N. New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. Health Soc Care Community. [Internet] 2015 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 23(4):337-48.  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25346377>
15. Posso Bermúdez E. Depresión posparto: factores de riesgo y métodos de detección. [Internet] 2017 [Atzitze-data: 2018/04/26].  
Eskuragarri: <https://addi.ehu.es/handle/10810/20708>
16. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. Iran J Psychiatry Behav Sci. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/09]; 8(2):11-21.  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105600/>
17. Kingston DE, Mcdonald S, Austin MP, Hegadoren K, Lasiuk G, Tough S. The Public's views of mental health in pregnant and postpartum women: a population-based study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/09];14:84. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564783>
18. Park JH, Karmaus W, Zhang H. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period. Asian

- Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/02];9(3):219-25. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26412626>
19. Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin MP, Johnson M. Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: a prospective study. BMC Womens Health. [Internet]. 2016 [Atzitze-data: 2018/01/12];16(1):69. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078921/>
20. Borglin G, Hentzel J, Bohman DM. Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/12];16(5):470-80. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25684101>
21. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler AJ. We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/14];15:290. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4638029/>
22. Pozo MD. Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio [tesia]. Granadako Unibertsitatea; 2016 [Atzitze-data: 2018/01/15]. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56296>
23. Rodrigues da SB, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Enferm glob. [Internet]. 2016 [Atzitze-data: 2017/12/30];15(42):232-55. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5408953>
24. Kruse JA, Williams RA, Seng JS. Considering a Relational Model for Depression in Women with Postpartum Depression. Int J Childbirth. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/12];4(3):151-68. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/25705566/>
25. Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Kafaei M, Karimian Z, Sooki Z. The Impact of Postpartum Depression on Quality of Life in Women After Child's Birth. Iran Red Crescent Med J. [Internet]. 2014 [Atzitze-data: 2018/01/12];16(2). Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24719747>
26. Félix TA, Nogueira AG, D'Ávila D, Vieira do Nascimento K, Ximenes FRG, Muniz QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. Enf Glob. [Internet]. 2013 [Atzitze-data: 2018/01/12]; 29:404-419. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4147601>

27. Abdollahi F, Rezai F, Zarghami M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. Acta Med Iran. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/12];55(2):109-14. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28282707>
28. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Riehm KE, Azar M, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. BMJ Open. [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/12];5(10)  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26486977>
29. McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. MCN Am J Matern Child Nurs. [Internet]. 2016 [Atzitze-data: 2018/01/10];41(3):168-72.  
Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27128643>
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Monografía en Internet]. Andalucía: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. 2014 [atzitze data: 2018-02-01].  
Eskuragarri:  
<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
31. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Summa Psicológica UST. [Internet]. 2015 [Atzitze-data: 2018/01/04];12(1):77-87.  
Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
32. Olhaberry M, Escobar M, San P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Terapia psicológica. [Internet]. 2013 [Atzitze-data: 2018/01/04];31(2):249-61.  
Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5334148>

## 9. ERANSKINAK

### Eranskina 1. Artikuluaren sailkapena

IZENBURUA	EGILEAK	URTEA	ARTIKULU MOTA
Postnatal depression is a public health nursing issue: perspectives from norway and ireland.	Glavin K, Leahy-Warren P.	2013	Errebisio narrati-boa.
Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model.	Fahey JO, She-nassa E.	2013	Ikerketa kualitati-boa.
Actuación de enfermería frente a la depresión postparto e las consultas de puericultura.	Félix TA, Nogueira AG, D'Ávila D, Vieira do Nascimento K, Ximenes FRG, Muniz QL.	2013	Ikerketa kualitati-boa.
Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática.	Olhaberry M, Escobar M, San P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al.	2013	Errebisio sistema-tikoa.
The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control	Moshki M, Baloochi T, Cheravi K.	2014	Ikerketa kuantitati-boa, kasu-kontrol.
Relationship between Fathers' Depression and Per-	Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour J, Panahi S,	2014	Ikerketa kuantita-tibo deskriptiboa.

ceived Social Support and Stress in Postpartum Period	Bayati S		
Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women	Marín D, Carmona FJ, Peñacoba C.	2014	Ikerketa kualitativoa.
Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study	Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al	2014	Ikerketa kuantitativoa, kohorte ikerketa .
The Public's views of mental health in pregnant and postpartum women: a population-based study.	Kingston DE, McDonald S, Austin MP, Hegadoren K, Lasiuk G, Tough S	2014	Ikerketa kualitativoa.
Considering a Relational Model for Depression in Women with Postpartum Depression.	Kruse JA, Williams RA, Seng JS	2014	Ikerketa kuantitativoa, kohorte ikerketa.
The Impact of Postpartum Depression on Quality of Life in Women After Child's Birth.	Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Kafaei M, Karimian Z, Sooki Z	2014	Ikerketa kuantitativoa, korrelazio-diseinua.
Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio	Ministerio de Sni-dad, Servicios Sociales e Igualdad	2014	Praktika klinikoaren gida.
The association between breastfe-	Ahn S, Corwin EJ.	2015	Ikerketa kuantitativoa, kohorte iker-

eding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study			keta
New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies.	Leger J, Letourneau N	2015	Errebisio narrati-boa.
Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period	Park JH, Karmaus W, Zhang H.	2015	Ikerketa kuantitati-boa, korrelazio-diseinua.
Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study.	Borglin G, Hentzel J, Bohman DM	2015	Ikerketa kualitati-boa.
We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers.	Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler AJ.	2015	Ikerketa kualitatibo deskripti-boa.
Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant	Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Riehm KE, Azar M, et al	2015	Meta-analisisa.

and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses.			
Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas.	Olhaberry M, Romero M, Miranda A.	2015	Ikerketa kualitativa
Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: a prospective study	Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin MP, Johnson M.	2016	Ikerketa kuantitativa, prospektiboa eta luzetarakoa.
Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia.	Rodrigues da SB, Ângelo M.	2016	Ikerketa kualitativa
Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression.	McCarter-Spaulding D, Shea S	2016	Ikerketa kuantitativa, kuasiesperimentala.
Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto.	Marmi M	2017	Errebisio bibliografikoa.
Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study.	Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D	2017	Ikerketa kuantitativa, korrelazio-diseinua.



Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales	Empleo y Políticas Sociales, Salud	2017	Praktika klinikoaren gida.
Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study	Schmied V, Black E, Naidoo N, Dahlen HG, Liamputtong P	2017	Ikerketa kualitatiboa, etnografikoa.
Postpartum Depression Screening at Well-Child Appointments: A Quality Improvement Project.	Mgonja S, Schoening A	2017	Ikerketa kuantitatiboa.
Postpartum depression risk factors: A narrative review	Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M	2017	Errebisio narratiboa.
A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings	Chorwe-Sungani G, Chipps J	2017	Errebisio sistematikoa.
Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development	Abdollahi F, Rezai F, Zarghami M	2017	Ikerketa kuantitatiboa, kohorte ikerketa luzetarakoa.
Depresión Posparto: Factores de riesgo y métodos de detección	Posso E.	2017	Errebisio sistematikoa

**Iturria:** propioa.

## **Eranskina 2.** Arrisku-faktore psikologikoak.

### **Factores de riesgo psicológico\***

#### **Circunstancias de la concepción y del embarazo.**

- Madre adolescente.
- Embarazos no aceptados, accidental y traumatizante (violación).
- Hijo adoptado.
- Embarazo de riesgo.
- Abortos o muertes de hijos anteriores.

#### **Circunstancias perinatales.**

- Diagnóstico perinatal o postnatal de posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación.
- Prematuridad.
- Separación prolongada madre-lactante.
- Hospitalización de la madre.

#### **Características temperamentales difíciles del niño.**

- Irritabilidad importante.
- Irregularidades en hábitos alimenticios, sueño y evacuación.
- Reacciones excesivas a los estímulos.
- Dificultades de adaptación a cambios.
- Apatía, inhibición o pasividad excesivas.

**Iturria:** Empleo y Políticas Sociales, Salud. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales [Monografía en Internet]. Bizkaia: Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales; 2017 [Atzitze-data 2018-01-28]

**Eranskina 3.** Izaera ezaugarrien teoria.

Norberaren izaera bost izaera ezaugarrietako batez osatuta dago: neurotizismoa, kanporakoitasuna, esperientzia berriak bizitzeko prestutasuna, adetasuna eta zintzotasuna (6).

Izaera ezaugarri batzuekin asaldura mentalak erlazionatu dira.

<b>Izaera ezaugarria</b>	<b>Ezaugarriak</b>	<b>Erlazionatutako asaldura</b>
<b>Neurotizismoa</b>	Estres psikologikoa pairatzeko joera	Erditu osteko depresioa
<b>Kanporakoitasuna</b>	Aktibitate handiko pertsonek, intentsitate handiko erlazioak	
<b>Esperientzia berriak bizitzeko prestutasuna</b>	<b>Esperientzia berriekiko jarrera baikorra</b>	<b>Asaldura obsesibo konpultsiboak</b>
<b>Adeitasuna</b>	Enpatia izaten dute, baikorrak	Trauma osteko asaldurak
<b>Zintzotasuna</b>	<b>Zehatzak, iraunkorrak, motibazioa bilatzen dute.</b>	

**Iturria:** propioa.

#### Eranskina 4. Sintomatologiaren garapenaren inguruko eredua.

Eredu teoriko horren lehen unearen arabera:



**Iturria:** propioa

---

Bigarren fasean    Segurtasun falta izugarria geroz eta kontrol gutxiago duelako.

---

Haurraren gehiegizko kezka eta zaintza. Ama ona izaten ari denaren justifikazio moduan.

---

Amatasun baja amaitzeko desioa. Errealitatetik ihes egiteko aukera ematen baitio.

---

Haurraren zainketak errutina bilakatzen dira, haurrarekin bakarrik dagoenaren sentsazioa.

---

Haurra osasun-arazoak garatzen hasten da.

---

Hirugarren fasean

Familia arduratzen da haurraren zainketez.

---

Emakumea oldarkorragoa bilakatzen da.

---

Haurrarekiko tratu txarren hasiera.

---

**Iturria:** propioa.

## **Eranskina 5.** Erditu osteko depresioaren Edinburgoko eskala

### **Instrucciones**

Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora.

Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido s elas cosas
  - Igual que siempre
  - Ahora, no tanto como siempre.
  - Ahora, mucho menos
  - No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
  - Igual que siempre
  - Algo menos de lo que es habitual en mí
  - Bastante menos de lo que es habitual en mí
  - Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
  - Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, a veces
  - No muy a menudo
  - No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
  - No, en ningún momento
  - Cas nunca
  - Sí, algunas veces
  - Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
  - Sí, bastante
  - Sí, a veces
  - No, no mucho
  - No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
  - Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
  - Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre

- No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
  - No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
- Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, a veces
  - No muy a menudo
  - No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
- Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, bastante a menudo
  - No con mucha frecuencia
  - No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
- Sí, la mayor parte del tiempo
  - Sí, bastante a menudo
  - Sólo en alguna ocasión
  - No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
- Sí, bastante a menudo
  - A veces
  - Casi nunca
  - En ningún momento.

**Iturria:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Monografía en Internet]. Andalucía: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. 2014 [atztize data: 2018-02-01].

### **Eranskina 6.** EPDS eskalaren interpretazioa

EPDS eskala 10 galdera laburrez osatuta dago eta galdera bakoitzak 4 erantzun posible ditu; 0 gutxieneko puntuazioa izanik eta 3 puntuazio maximoa izanik. Emakumeak EPDS betetzean aurreko 7 egunetan izandako bizipen, sentimendu edo depresiotik abiatuz 10 galderaz osatutako galdeketa laburra betetzen du. Galdera bakoitzak 4 erantzun aukera ematen ditu 0-3 bitartean. Beste tresnekin alderatuta EPDS eskala motzagoa dela ikusi da eta beraz, 5 minutuan erantzuteko modukoa da. Lortutako puntuen arteko batura egiten da eta emaitzaren arabera emakumeen sailkapena (13). Lurralde bakoitzaren interpretazioaren arabera erditu osteko depresioa pairatzen ari dela ondorioztatuz gero, emakumeak diagnostiko bat jaso beharko luke, ondoren tratamendu aukera jaso ahal izateko.

**Iturria:** Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. BMC Psychiatry. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/11];17(1):112.

**Eranskina 7.** Espainiako Osasun Ministeritzak ematen dituen aholkuak erditu osteko depresioaren detekziorako

<b>Débil</b>	Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto: “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?” “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”
<b>Débil</b>	Se sugiere no continuar con el diagnóstico de depresión posparto si la mujer contesta negativamente a las preguntas.
<b>Fuerte</b>	Se recomienda utilizar la escala <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS, Anexo 5) para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas.
√	Se sugiere tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS.
<b>Débil</b>	Se sugiere el empleo de la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión de las mujeres.

**Iturria:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Monografía en Internet]. Andalucía: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. 2014 [atzitze data: 2018-02-01].



**Eranskina 8.** Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ)

Eskala honetan etxeko biolentziari eta alkoholaren edota bestelako drogen erabilerari buruzko galderak jorratzen dira besteak beste. 12 galderaz osatuta dago eta domeinu desberdinak lantzen dira bertan; haurtzaroan amak izan dezaken babes emozionala, aurretik izandako nahiz garatzen jarraitzen duen buru-gaixotasunik nahiz jasotako tratamendua, erditu ondoren eskuragarri izandako laguntza, bikotearen babesa eta laguntza, galdetegiaren aurreko 12 hilabetetan izandako bizi ohitura estresagarriak, izaera ezaugarriak eta emakumeak jasandako abusuak (fisikoak, emozionalak nahiz sexualak) besteak beste,

**Iturria:** Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin MP, Johnson M. Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: a prospective study. BMC Womens Health. [Internet]. 2016 [Atzitze-data: 2018/01/12];16(1):69.

### **Eranskina 9.** Ages & Stages Questionnaires (ASQ)

Galdetegi hau 6 item-ek osatzen dute eta bertan haurraren garapenari buruzko zenbait galdera proposatzen dira. 4 hilabetetik 5 urte bitarteko adin tarteko haurren gurasoek erantzutea aholkatzen da. Galderen bitartez haurraren erantzun motorearen, komunikatzeko gaitasunaren, proposatzen zaizkion arazoei konponbidea emateko duen gaitasunaren eta inguruarekin duen jarreraren inguruko informazioa lortze da helburua.

Lortutako puntuazioaren arabera haurra hazkuntza eta garapen bide normalean dagoen edota ohikoa baino garapen urriagoa duen identifikatuko da. Era horretan, garapenean atzerapenik antzemanaz gero, haur hauen jarraipena gertutik egiteko aukera ematen dio osasun profesionalari.

**Iturria:** Abdollahi F, Rezai F, Zarghami M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. Acta Med Iran. [Internet]. 2017 [Atzitze-data: 2018/01/12];55(2):109-14.

**Eranskina 10.** Zerbitzu sozialei abisua emateko Osakidetzak duen orria.

## HOJA DE NOTIFICACION PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD

- Estatus socioeconómico muy desfavorable.
- Deficiencias en la vivienda y falta de adaptación a las necesidades del niño.
- Familias nómadas, es decir familias que han cambiado en múltiples ocasiones de domicilio.
- Falta de apoyos familiares y sociales.
- Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad).
- Padre/madre con problemas de alcoholismo, drogadicción.
- Situaciones de violencia intrafamiliar.
- Sospecha de maltrato infantil o situación de riesgo de maltrato.
- Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.
- Nacimiento en el seno de familia desestructurada.
- Padres muy jóvenes (menores de edad).
- Familia con muy bajo nivel de instrucción, siempre que influya en su capacidad o habilidad para afrontar y resolver los problemas de cuidados al niño.
- Menor cuyos padres presentan algún tipo de enfermedad que pueda conllevar la ausencia de cuidados al niño.
- Embarazo en preadolescentes/ adolescentes.
- Embarazos no controlados/ocultados.
- Familias que incumplen repetidamente los controles de salud o hiperfrecuentadoras de servicios sanitarios.
- Inmigración: factores derivados de situación administrativa irregular; hacinamiento; dificultades idiomáticas y culturales.

### **Observaciones:**

#### **Datos de la madre:**

Nombre..... Apellidos..... Fecha de nacimiento.....  
Domicilio..... Teléfono.....

#### **Datos del padre:**

Nombre..... Apellidos..... Fecha de nacimiento.....  
Domicilio..... Teléfono.....

#### **Datos del menor:**

Nombre..... Apellidos.....  
Fecha de nacimiento..... Sexo.....

#### **Datos del informante:**

Nombre..... Apellidos.....  
Lugar de trabajo..... Profesional.....

**Eranskina 11.** Informazio-orriaren proposamen propioa.

## **ERDITU OSTEKO DEPRESIOAREN INFORMAZIO-ORRIA**



### **Zer da?**

Erditu ondorengo lehen 6-8 asteetan ematen den buruko gaixotasuna da eta espainian hamar emakumetatik bati eragiten dio asaldura honek.

### **Ba al dut gaixotasuna izateko arriskurik?**

Arrisku-faktoreak ez dira berdin ematen emakume guztietan. Hala ere, arrisku-faktoreetako bat izateak ez du ziurtatzen derrigorrez erditu ondoren depresioa izango duzunik, ezta jarraian ematen diren faktoreen gabeziak asaldura garatuko ez duzunik.

- Depresio eta antsietate aurrekariak
- Haurdunaldiarekiko esperientzia negatiboak
- Bizi-erritmo estresagarria
- Langabezia
- Babes-sozial urria
- Maila sozioekonomiko urria
- Arriskuzko haurdunaldia
- Erditzean konplikazioak
- Edoskitze naturalari uko egitea
- Etorkina izatea
- Bizimodu ez-osasungarria
- Tabakoaren kontsumoa
- Alkoholaren nahiz bestelako substantzien kontsumoa

### **Nola jakin erditu osteko asaldura hau pairatzen ari ote naizen?**

- Jarraian dauden sintometakoren bat al duzu?
  - Nekea
  - Etengabeko tristura
  - Oldarkortasuna
  - Lo egiteko ezintasuna
  - Apetitu falta
  - Antsietatea
  - Negar egiteko erraztasuna
  - Lur jota egotea
  - Plazerra sentitzeko ezintasuna
  - Etsita

### **Depresioaren susmoa dut, zer egin behar dut?**

1. Lasaitasuna mantendu, laguntzarekin gainditu daitekeen gaixotasuna da.
2. Zure Osasun Zentruko mediku nahiz erizainarekin harremanetan jarri.
3. Osasun profesionalak zure egoera konpontzeko egokien doakizun tratamendu aukera aurkeztuko dizu.

**Iturria:** propioa