



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

**Escuela Universitaria de Enfermería de
Teruel**

Grado en Enfermería

Curso 2019/2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DIRIGIDO A MUJERES GESTANTES PARA PREVENIR
LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

AUTORA: Andrea Catalá Llorens

TUTORA: Laura Conejos Jericó

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
METODOLOGÍA	10
DESARROLLO	15
RESULTADOS ESPERADOS / DISCUSIÓN	22
CONCLUSIÓN	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS	29

RESUMEN

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN: El período postparto conlleva cierto riesgo de sufrir patologías psiquiátricas como Tristeza Postparto (TPP), Depresión Postparto (DPP) o Psicosis Postparto (PPP). Las más frecuentes son las dos primeras. La TPP la sufren el 50-80% de las gestantes. La etiología de la DPP es muy variada, y la sufren el 10-20% de las mujeres que dan a luz, afectando e, incapacitándolas para cuidar a su hijo, pudiendo generar graves consecuencias para la familia si no es tratada.

OBJETIVOS: Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a las madres gestantes que acuden a Atención Primaria para prevenir la DPP y la TPP.

METODOLOGÍA: Tras realizar una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, se ha diseñado un programa de EpS dirigido a mujeres gestantes en su tercer mes de embarazo, su captación se realizará desde su centro de salud, tendrá una duración de 10 meses.

DESARROLLO: Tras realizar una sesión inicial con los profesionales de Atención Primaria, se llevarán a cabo 10 sesiones con las madres, 5 durante el embarazo, y otras 5 tras dar a luz, mediante las cuales se les dotará de técnicas y actividades que pueden realizar para prevenir la DPP y la TPP.

RESULTADOS/DISCUSIÓN: Como se ha observado en varios estudios acerca de la prevención de DPP y TPP, se espera reducir la incidencia de DPP y TPP en las madres que participan en el programa en aproximadamente un 60%.

CONCLUSIÓN: Es importante la implantación de un programa de salud dirigido por el personal de enfermería, en el que refuerce la salud mental de las madres y fortalezca su vínculo materno-filial y con su familia.

Palabras clave: "depresión postparto", "prevención", "factores de riesgo", "prevalencia", "gestantes"

ABSTRACT

INTRODUCTION/ JUSTIFICATION: The postpartum period carries a certain risk of suffering from psychiatric pathologies such as Postpartum Blues (PPB), Postpartum Depression (PPD) or Postpartum Psychosis (PPP). The most common are the first two. PPB is suffered by the 50-80% of pregnant women. DPP's etiology is very varied, and it's suffered by the 10-20% of the women who give birth, affecting and making them feel unable to care for their child, it can generate serious consequences for the family if not treated.

OBJECTIVES: Design a health education program for pregnant mothers who come to Primary Care to prevent PPD and PPB

METHODOLOGY: After a bibliographic search in different databases, an EpS program has been designed for pregnant women in their third month of pregnancy, the attracting will be done at their health center, and it will last for 10 months.

DEVELOPMENT: After an initial session with the professionals of Primary Care , 10 sessions will be held with the mothers, 5 during pregnancy, and other 5 after giving birth, with the sessions, mother will learn some techniques and activities that they can carry out to prevent PPD and PPB.

RESULTS/DISCUSSION: As observed in several studies about PPD and PPB' prevention, it is expected to reduce the incidence of PPD and PPB in mothers that participate in the program approximately a 60%.

CONCLUSION: It is important to implement a health program managed by nurses, to strengthen mental health of mothers and their mother-son bond and family bond.

KEY WORDS: "postpartum depression" "prevention" "risk factors" "epidemiology" "pregnant"

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Para la vida de una madre, el momento en que nace su hijo, es uno de los más importantes. Tras él, suceden muchos cambios en distintos ámbitos, como el físico, bioquímico, psicológico y social. En este momento, la mujer adquiere un nuevo rol en la sociedad, en el que ha de asumir ciertas responsabilidades o habilidades que antes no tenía. Todo esto conlleva cierto estrés, debido a la autoexigencia, o la vergüenza de sentirse deprimida en un momento de su vida donde debería sentirse feliz, lo que, unido a algunos factores predisponentes, convierten el puerperio en un periodo de gran vulnerabilidad para la madre.¹

Existen tres trastornos que pueden desarrollarse en el posparto y que pueden afectar en distintos grados al núcleo familiar. ^{2, 3, 4}

- Tristeza postparto (TPP): coloquialmente llamada Baby Blues. Se trata de una alteración del estado de ánimo, que se debe a los cambios tanto hormonales, como psicológicos y sociales. Aparece entre los 2-4 días siguientes al parto y dura unas 2-3 semanas. Se da en un 50-80% de las madres que dan a luz. Generalmente, el cuadro consiste en labilidad emocional, tristeza, irritabilidad y llanto fácil. Se debe a los cambios hormonales, y no es motivo de preocupación si no se alarga más en el tiempo, en ese caso, se debería informar a su médico para iniciar un tratamiento. ^{2, 3}
- Depresión postparto (DPP): comienza tras el parto, en cualquier momento posterior a este. Sus síntomas se asemejan en muchos aspectos a los de depresión mayor, tales como: ánimo depresivo, pérdida de interés o capacidad de gozo en las actividades habituales, fatiga, apatía, inquietud, sensación de lentitud, problemas de concentración y sueño, e incluso pensamientos de muerte o suicidio. En este caso también puede aparecer temor de dañar al bebé, indiferencia por este o sentimientos de incapacidad a la hora de asumir el rol de madre. Su duración es indeterminada y depende de si se trata o no, pues con tratamiento es una patología temporal de la que las

madres se recuperan completamente. Pero si no es tratada, se puede cronificar y dar lugar a graves consecuencias.^{2, 3, 4}

- Psicosis Postparto (PPP): Incide con más frecuencia en mujeres que han padecido trastornos psicóticos previos (35%), el riesgo aumenta si aparecieron por primera vez durante el postparto (50-60%) y existe riesgo de recaída. Aparece de forma brusca entre los días 3 y 9 tras el parto. Sus síntomas iniciales son insomnio, irritabilidad, inestabilidad anímica o ansiedad. Evolucionan a confusión, conductas suspicaces, excesiva preocupación por trivialidades y rechazo a la comida. Tras esta fase, comienza la fase aguda, en la que observamos delirios, alucinaciones, cambios entre agitación y estupor, o euforia y ánimo deprimido, alteraciones del pensamiento y lenguaje... y en algunos casos incluso infanticidio. Este trastorno ha de tratarse, y paulatinamente, cuando el tratamiento da resultados, la madre podrá comenzar a tener contacto con su hijo para formar un vínculo entre ellos.^{2, 3}

El NIMH (National Institute of Mental Health) sostiene que “La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas”. Puede aparecer al poco tiempo o incluso un año después del parto, aunque generalmente sucede en los 3 primeros meses.^{5, 6}

La DPP tiene una prevalencia de 10-20% entre las mujeres que dan a luz. Se observan valores más elevados en madres adolescentes (26%) o de nivel socioeconómico bajo (38.3%) Existe un riesgo de recurrencia elevado de cara a pospartos posteriores si la mujer presenta antecedentes de DPP (30-50%)^{7, 8, 9}

En cuanto a su etiología, tras el alumbramiento, se dan cambios en los niveles de hormonas de las mujeres, los estrógenos y la progesterona bajan rápidamente, hecho que provoca alteraciones químicas en el cerebro, aunque esto tiene lugar en todas las mujeres, solo en las más sensibles a estos cambios, afecta a su estado de ánimo. Otro dato remarcable, es la dificultad

que presentan muchas mujeres para conciliar el sueño y reponerse del parto como es debido, lo que genera agotamiento e incomodidad física, ambos hechos predisponen a que la DPP aparezca.^{6, 10}

Además, existen ciertos factores de riesgo para el desarrollo de DPP. Según varios estudios, los de más peso serían la presencia de antecedentes de enfermedad mental o depresión, ya sean familiares, anteriores al embarazo, o durante este, y la ausencia de una red de apoyo emocional y/o físico, ya sea debido a embarazos no deseados, en madres adolescentes, con recursos económicos bajos, en situación de desempleo, o con nivel educativo inferior, siendo estos los casos en los que las consecuencias podrían ser más acusadas.^{5, 7, 10, 11, 12}

También se han vinculado con una mayor incidencia de DPP los casos de mujeres víctimas de violencia de género o con un amplio historial de conflictos de pareja.^{5, 7, 10, 11, 12}

En relación con el neonato, en caso de que éste sufra alguna patología, el nacimiento sea mediante cesárea o que existan antecedentes de hijos muertos, el riesgo de que la madre padezca DPP también aumenta.¹¹

Otros factores, como intentos de suicidio por parte de la madre o de familiares cercanos, historial de drogadicción, hospitalización, problemas legales o madres que lastiman a sus hijos, aumentan el riesgo de sufrir DPP.^{11, 12}

Como he explicado anteriormente, si la DPP no es tratada puede terminar en graves consecuencias, tanto para la madre, como para el niño. En la madre pueden aparecer ideas suicidas, o evolución a otros trastornos mentales (por ejemplo, psicosis postparto), y en el caso del niño, vulnerabilidad de cara a abusos, negligencias en su cuidado, problemas en su desarrollo emocional y/o en su comportamiento de cara al futuro, o la existencia de una relación de apego entre ambos. Del mismo modo, puede afectar también al padre, aumentando el riesgo de que este padezca también depresión.^{7, 9, 11}

Además, en referencia al tratamiento, en muchas ocasiones no es suficiente con terapia, y es necesario el uso de antidepresivos, que pueden repercutir en la lactancia, y provocar efectos secundarios en la madre.¹³

Generalmente, los profesionales que están en contacto tanto con la madre como con el hijo durante y tras el alumbramiento son: el ginecólogo, el matró, el pediatra y los profesionales de enfermería de las consultas de pediatría, ya sea en revisiones, seguimiento etc. Es por ello, que convendría que estos profesionales trabajaran juntos, en equipo para intentar prevenir esta enfermedad.

Por ello considero que la prevención por parte del equipo de profesionales de la salud que trabajan tanto con la madre como con el hijo es muy importante para abordar el problema antes de que este ocurra, y considero oportuno realizar un Plan de Educación Para la Salud en que se trabaje la prevención de esta patología y así evitar sus posibles consecuencias.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

-Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a las madres gestantes que acuden a Atención Primaria para prevenir la DPP y la TPP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar los conocimientos de las madres acerca de la DPP y TPP
- Conseguir que las madres aprendan una rutina de ejercicio
- Dotar a las madres de recursos para enfrentar ciertas situaciones que podrían generarles estrés y/o conflicto, y que por sí solas les resultaría difícil solucionar.
- Mostrar a las madres técnicas de relajación que les ayuden a gestionar sus sensaciones negativas y su ansiedad.
- Enseñar a las madres que es el "contacto piel con piel" y en que consiste.
- Enseñar a las madres técnicas de comunicación que les ayuden a expresar sus problemas, dudas, miedos, sentimientos o situaciones en las que necesiten ayuda.
- Dotar a las madres de herramientas para buscar información fiable en internet acerca del embarazo, el parto y sus posibles consecuencias negativas.
- Explicar a las madres una serie de pequeñas acciones que aumentarán el vínculo con su hijo.
- Conseguir que las madres perciban el apoyo y comprensión de sus familiares más cercanos.
- Comprobar los cambios en los conocimientos de las madres tras las sesiones anteriores.

METODOLOGÍA

Para realizar este programa se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, tales como: Cochrane Library, Pubmed, Embase, Medline, Medigraphic o Google Académico. Para ello se utilizan las palabras clave: "depresión postparto", "prevención", "factores de riesgo", "prevalencia". De los artículos encontrados se escogen los que más se adecuan a las necesidades del programa, la mayoría de ellos publicados en los últimos 5 años. De los 377 artículos obtenidos de las búsquedas bibliográficas, se decide trabajar con los 29 seleccionados.

<u>Bases de datos</u>	<u>Palabras Clave</u>	<u>Resultados</u>	<u>Utilizados</u>
Cochrane Library	"postpartum depression"	41	2
Pubmed	"postpartum depression"	3279	7
	"postpartum depression" AND "prevention"	471	
	"postpartum depression" AND "prevention" AND "risk factors"	151	
	"postpartum depression" AND "prevention" AND "risk factors" AND "epidemiology"	70	
Embase	"postpartum depression"	6495	0
	"postpartum depression" AND "prevention"	767	
	"postpartum depression" AND "prevention" AND "risk factors"	166	
	"postpartum depression" AND "prevention" AND "risk factors" AND "epidemiology"	47	
Medline Plus	"Depresión postparto"	86	1
Medigraphic	"Depresión postparto"	50	4
Google Académico	"Depresión postparto"	3820	6
	"depresión postparto" AND "prevención"	5490	
	"depresión postparto" AND "epidemiología"	762	
	"depresión postparto" AND "epidemiología" AND "prevención"	633	
	"depresión postparto" AND "epidemiología" AND "prevención" AND "prevalencia" AND "puerperio" AND "enfermería" AND "puérperas"	83	
Google	También he realizado búsquedas en Google, donde he encontrado páginas web que me han ayudado a completar información	7	7

Este programa de educación para la salud se llevará a cabo en Atención Primaria.

Antes de comenzar se realizará una sesión inicial con el equipo de AP que está en contacto con las madres embarazadas, en la que además de explicar en qué consiste el programa reforzaremos sus conocimientos sobre la DPP.

La población diana serán mujeres embarazadas que se encuentren en su tercer trimestre de embarazo y se excluirán aquellas madres con complicaciones obstétricas, ya que pueden interferir en los resultados. Podrán participar en el programa todas las gestantes que, tras participar en la captación, voluntariamente completen el consentimiento (ANEXO 1) que se les entregará en el CS.

Los grupos estarán formados por aproximadamente 8 mujeres, con límite de 10. La división de los grupos se realizará teniendo en cuenta el horario en el que puedan estar disponibles, para intentar que se sientan cómodas en su grupo, para ello rellenaran un documento (ANEXO 2) junto con el consentimiento.

Para la captación se ha diseñado un cartel informativo (ANEXO 3) que colocaremos en las consultas de ginecología y pediatría del CS, desde donde se llevará la captación, cuando las madres acudan a sus revisiones a lo largo del embarazo, utilizando el cartel, los profesionales del centro de salud les explicarán en que consiste el programa y los beneficios que pueden obtener del mismo.

Los recursos materiales que se utilizarán mayoritariamente en las sesiones son: ordenador, proyector, y muñecos, además de ciertos materiales específicos que se indicarán en cada una de ellas. En alguna sesión participarán familiares, o personas del entorno de la mujer, por lo que los grupos aumentarán en número. Y se realizarán en el centro de salud, en el aula de docencia, para la comodidad de las participantes, a excepción de algunas que tendrán lugar al aire libre.

En cuanto a recursos humanos, el personal que trabajará en este proyecto estará formado por:

- 6 enfermeras especializadas en la DPP y TPP

- 2 psicólogas especializadas en la DPP y TPP
- 1 fisioterapeuta
- Los profesionales de enfermería del centro de salud podrán estar presentes en las sesiones para ampliar sus conocimientos sobre el tema.

Las sesiones tendrán una duración de 1h-1:30h, y se realizarán dos al mes, una cada quince días comenzando en el mes de septiembre, cuando las participantes ya hayan concluido su periodo vacacional y realizando una pausa entre diciembre y enero, cuando se espera que las madres den a luz, coincidiendo con las vacaciones de Navidad.

Se realizarán un total de 11 sesiones, la de información a los profesionales de salud del CS y 10 sesiones más en las que se trabajará con las madres. Estas se dividirán en dos etapas, 5 de ellas se realizarán durante el embarazo y 5 de ellas después tras el parto.

Para la evaluación de los resultados, se utilizará la siguiente tabla en la que aparecen los indicadores de medición de estos, la periodicidad con la que se realizarán las mediciones y los resultados que esperamos obtener para considerar el programa como positivo o efectivo.

Una vez finalizado el programa, y utilizando los indicadores anteriores, se comprobará que los objetivos se hayan cumplido. Cada indicador se evaluará según lo planteado en la columna de medición, para comprobar la evolución de los resultados y la diferencia con la situación anterior al comienzo del programa.

INDICADOR	MEDICIÓN	ESTÁNDAR
Utilizando la escala EPDS, se comprobará cuantas madres participantes sufren DPP tras el programa (ANEXO 9)	-Tras el programa -2 y 4 meses después	Reducir el porcentaje esperado de DPP y TPP un 60%
Número de embarazadas que cumplen los requisitos y participan en el programa/ Número de embarazadas que cumplen los requisitos totales	Al recibir todos los consentimientos	>70%
Número de madres que han realizado la rutina de ejercicios regularmente durante el embarazo/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2 y 4 meses después	>70%
Número de madres que afirman saber enfrentar las situaciones estresantes durante el embarazo/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	Aumentar el % inicial
Número de madres que utilizan las técnicas de relajación a menudo/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	Aumentar el % inicial
Número de madres que han utilizado la técnica piel con piel tras su parto/ Número de madres que participan en el programa	Tras el programa	>70%
Número de madres que utilizan técnicas de comunicación habitualmente/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	Aumentar el % inicial
Número de madres que utilizan páginas fiables para buscar información sobre dudas acerca del embarazo / Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	Aumentar el % inicial
Número de madres que han tomado ejemplo de los consejos de las madres veteranas/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	>70%
Número de madres que sienten un buen vínculo afectivo con su familia/ Número de madres que participan en el programa	-Antes y tras el programa -2, 4 y 8 meses después	>70%
Número de madres que han aumentado sus conocimientos sobre DPP y TPP/ Número de madres que participan en el programa	-Tras la sesión 0 -Tras la sesión 9	>70%

CRONOGRAMA

AÑO	2020							2021								
MES	9	10		11			12	1		2		3		5	7	11
DÍAº	21	5	19	2	16	30	14	11	25	8	22	8	22	24	19	22
Info.	X															
Captación		X														
Sesión 0			X													
Sesión 1				X												
Sesión 2					X											
Sesión 3						X										
Sesión 4							X									
Sesión 5								X								
Sesión 6									X							
Sesión 7										X						
Sesión 8											X					
Sesión 9												X				
Evaluación			X										X	X	X	X

DESARROLLO

Realizar, sistemáticamente, un mayor seguimiento durante el embarazo, de la salud mental y los posibles factores de riesgo de una madre, es una estrategia de prevención muy simple y efectiva. Por ello planteo una serie de sesiones, a realizar durante el embarazo, y una vez nacido el niño, que ayudan a la prevención de la DPP

En primer lugar, realizaremos una sesión de presentación del programa con el equipo de profesionales de Atención Primaria que están en contacto con las madres. En ella se ampliarán sus conocimientos acerca de la DPP, sus características, su incidencia, factores de riesgo o consecuencias.

También se presentará al personal del centro de salud, los profesionales que participarán en el plan de EPS, se explicará en que consiste el mismo, su importancia y se resolverán las dudas que tengan al respecto. Tras esta sesión, y una vez informado el personal sanitario, comenzaremos con las sesiones dirigidas a las madres:

Sesiones con las madres

Debido a la etiología multifactorial de la DPP, la prevención es algo difícil, es por ello, que la formación de un vínculo maternofilial, una vez nacido el niño es tan importante. Del mismo modo, existen varias actividades que, si se llevan a cabo durante el parto, pueden ayudar a la madre a sentirse mejor, y por tanto reducir la incidencia de esta patología.

SESIONES DURANTE EL EMBARAZO:

➤ Sesión 0: QUE SABES SOBRE LA DPP?

Objetivo	Averiguar los conocimientos de las madres acerca de la DPP y TPP
Metodología	En primer lugar, se realizará una pequeña presentación-introducción del programa, a las madres, recordándoles en que consiste y que beneficios obtendrán del mismo. En segundo lugar, las enfermeras pasarán un cuestionario inicial, las madres deberán completarlo, de

	manera individual, según sus conocimientos sobre el tema.
Personal	Esta sesión la guiarán 2 enfermeras
Material	Papel, bolígrafos, (ANEXO 4)
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1 hora

➤ Sesión 1: EJERCICIO EN FAMILIA

Adquirir una rutina de ejercicio durante el embarazo, aporta grandes beneficios tanto a la madre como al hijo, el ejercicio está relacionado con la reducción del riesgo de padecer DPP y TPP ^{14, 15,}

Objetivo	Conseguir que las madres aprendan una rutina de ejercicio
Metodología	En esta sesión participarán los familiares de las madres. Mediante un vídeo guiado por una fisioterapeuta profesional, las enfermeras ayudarán a las madres y a sus familiares a aprender una rutina de ejercicios recomendados en el embarazo. La llevarán a cabo junto con el grupo, de modo que las madres podrán expresar sus dudas o problemas para realizar los ejercicios y así poder resolverlos. Una vez aprendida, las enfermeras recomendarán realizar los ejercicios, en familia, unas 2-3 veces por semana
Personal	Esta sesión la guiarán 2 enfermeras
Material	Proyector, ordenador, altavoces, esterillas, (ANEXO 5)
Lugar	Aula de docencia del CS
tiempo	1:30 horas

➤ Sesión 2: ¿ME AYUDAS A RESOLVERLO?

Existen estudios que demuestran que la terapia cognitivo conductual es efectiva en la prevención de DPP, y esta puede ser aplicada para ayudar a las madres en el manejo de situaciones y resolución de problemas. ^{15, 16}

Objetivo	Dotar a las madres de recursos para enfrentar ciertas situaciones que podrían generarles estrés y/o conflicto, y que por sí solas les resultaría difícil solucionar.
Metodología	Las psicólogas plantearán ciertas situaciones que pudieran generar ansiedad o miedo a las madres cuando nazca su hijo, tales como: que no coma bien, no duerma bien, sufra cólicos, o no le pueda dar el pecho. Las psicólogas analizarán las posibles situaciones junto a ellas, plantearán posibles maneras de afrontar y/o solucionarlas, y elegirán la más adecuada. Todo esto para proporcionales soluciones, y que si, llegan a esas situaciones, no se dejen llevar por el miedo o la ansiedad. ¹⁷
Personal	Esta sesión la guiarán 2 psicólogas
Material	Muñecos, cunas
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1:15 horas

➤ Sesión 3: ¡VAMOS A RELAJARNOS!

Realizar ejercicios de relajación es una actividad sin efectos secundarios que beneficia la salud mental de las madres, reduce su estrés y el riesgo de padecer DPP. ^{16, 18}

Objetivo	Mostrar a las madres técnicas de relajación que les ayuden a gestionar sus sensaciones negativas y su ansiedad.
Metodología	Las enfermeras explicarán en primer lugar los beneficios de las técnicas de relajación durante el embarazo. Seguidamente explicarán en que consiste la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Después las madres se colocarán en semicírculo, y siguiendo las instrucciones de las enfermeras, todas llevarán a cabo dicha técnica juntas. ¹⁹
Personal	Esta sesión la guiarán una enfermera y una psicóloga
Material	Esterillas, (ANEXO 6)

Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1:30 horas

➤ Sesión 4: DE MI PIEL A TU PIEL

El contacto piel con piel entre madre e hijo contribuye a la formación de un gran vínculo afectivo entre la madre y el hijo, está relacionado con una menor incidencia de DPP, por lo que es una medida preventiva muy efectiva.²⁰

Objetivo	Enseñar a las madres que es el "contacto piel con piel" y en que consiste.
Metodología	Las enfermeras explicarán que es el contacto piel con piel y los beneficios que aporta. En primer lugar, explicarán en que consiste la técnica, y como se realiza. Después repartirán muñecos a las madres con los que ellas practicarán como se realiza dicha técnica. Una vez aprendida la técnica recomendarán que tanto ellas como los padres, la realicen tras el nacimiento del bebé para reforzar su vínculo con este.
Personal	2 enfermeras
Material	Muñecos, (ANEXO 7)
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1 hora

SESIONES TRAS EL PARTO

➤ Sesión 5: ¡COMUNÍCATE!

Objetivo	Enseñar a las madres técnicas de comunicación que les ayuden a expresar sus problemas, dudas, miedos, sentimientos o situaciones en las que necesiten ayuda.
Metodología	Las psicólogas explicarán 7 técnicas de comunicación eficaz que pueden ayudar a las madres a expresarse, a verbalizar sus pensamientos, a explicar cuando

	necesiten ayuda, o a comunicarse con sus parejas y su entorno en general. ²¹
Personal	2 psicólogas
Material	(ANEXO 8)
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1:30 horas

➤ Sesión 6: APRENDAMOS A BUSCAR

Está demostrado que recibir informaciones falsas o no completamente ciertas, antes, durante, o tras el embarazo, crea situaciones negativas, como que las madres idealicen el proceso y al no desarrollarse tal y como pensaban se sientan decepcionadas o culpables.

O que encuentren datos negativos sobre el embarazo y sientan miedo.

Objetivo	Dotar a las madres de herramientas para buscar información fiable en internet acerca del embarazo, el parto y sus posibles consecuencias negativas.
Metodología	Se mostrarán a las madres que no todas las páginas en internet aportan información fiable y contrastada. Para ello, y utilizando los ordenadores del aula de docencia del CS, se ofrecerán a las madres ciertas páginas fiables como Medline, Salupedia, y la página web de La OMS, donde puedan encontrar artículos sencillos y fiables sobre el embarazo, el parto...
Personal	2 enfermeras
Material	Ordenadores, proyector
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1 hora

➤ Sesión 7: REFORCEMOS NUESTRO VÍNCULO

Objetivo	Explicar a las madres una serie de pequeñas acciones que aumentarán el vínculo con su hijo.
Metodología	En esta sesión participarán 5 mujeres que hayan sido madres con anterioridad. Estas mujeres explicarán su experiencia a las nuevas madres, les hablarán de las

	actividades que ellas realizaron para aumentar su vínculo con sus hijos, tales como darles de mamar, continuar fomentando el contacto piel con piel, el uso de portabebés, atender al llanto del bebe... De este modo ellas podrán aprender de su experiencia.
Personal	2 enfermeras y las 5 madres
Lugar	Parque de Los Fueros
Tiempo	1:30 horas

➤ Sesión 8: DISFRUTEMOS NUESTRO ENTORNO

Una buena relación de la madre con su entorno social, sobre todo, su pareja y su madre, unido a la percepción de apoyo social, y el buen funcionamiento familiar, son factores protectores de la DPP y TPP ²²

Objetivo	Conseguir que las madres perciban el apoyo y comprensión de sus familiares más cercanos.
Metodología	La sesión se dividirá en dos partes, en la primera, las enfermeras explicarán la importancia de los masajes en los bebés, que estimulan su sistema inmunológico y favorecen un buen vínculo afectivo. ²³ Después, las madres, los bebés y sus familiares, realizarán una cadena de masajes tumbados en el césped, en la que, siguiendo las instrucciones de las enfermeras, todos los participantes conectarán a través de los masajes con el resto de sus familiares, demostrando que se apoyan y comprenden.
Personal	Esta sesión la guiarán 2 enfermeras y 1 fisioterapeuta
Material	Mantas para tumbarse en el suelo
Lugar	Parque de Los Fueros
Tiempo	1:30 horas

➤ Sesión 9: QUE SABES SOBRE LA DPP?

Objetivo	Comprobar los cambios en los conocimientos de las madres tras las sesiones anteriores.
-----------------	--

Metodología	Se volverá a entregar el cuestionario inicial a las madres, y ellas lo volverán a rellenar. Más tarde las enfermeras analizarán ambos cuestionarios observando las diferencias entre las primeras respuestas y las segundas. Las madres realizarán una reflexión en voz alta sobre los beneficios que sienten que han obtenido del programa.
Personal	Esta sesión la guiarán 2 enfermeras
Material	Papel, bolígrafos, (ANEXO 4)
Lugar	Aula de docencia del CS
Tiempo	1 hora

RESULTADOS ESPERADOS / DISCUSIÓN

Se espera que se cumplan los estándares, esto reflejaría que el programa ha sido efectivo, consiguiendo principalmente que disminuya la incidencia de DPP o TPP en las madres que participan en él, adquiriendo conocimientos y aprendiendo actividades que puedan seguir utilizando en su día a día.

Según el reporte de evidencia para el USPSTF (US Preventive Services Task Force) de O'Connor E, et al, se puede conseguir hasta un 59% de reducción (relativa) en la incidencia de DPP, mediante la participación en programas de seguimiento durante el embarazo, donde la madre es atendida, y acude a terapia cognitivo-conductual.²⁴ Esto es lo que se espera que ocurra en el programa que estamos describiendo, pues se trata también de un programa donde se realiza un seguimiento de 10 meses tanto durante el embarazo como tras el parto de las madres participantes.

El estudio de Kusuma R, et al, "The Ratu's Model: A prevention model of postpartum depression" coincide con los resultados del estudio de O'Connor E, en él se utiliza el modelo de RATU, el cual se divide en 4 pilares, estimular a las mujeres para que reaccionen positivamente a los cambios del embarazo, mejorar su mecanismo de afrontamiento, mejorar su respuesta conductual y mejorar el apoyo social.²⁵ El estudio afirma que este modelo, puede reducir la incidencia de DPP hasta en un 60 %. Todas estas acciones también se llevan a cabo en el programa que estamos desarrollando, mediante distintas sesiones, cuyos temas principales son ayudar a las madres a reaccionar y afrontar positivamente las situaciones estresantes del embarazo, la terapia cognitivo-conductual o la percepción del apoyo de su entorno. Dado que se realizan acciones similares, se espera, que el resultado obtenido en el estudio de Kusuma R, se obtenga también en el que estamos desarrollando.

La revisión sistemática de Dennis CL, Dowswell T, apoya los resultados de los dos estudios anteriores, indicando como actividades efectivas además de la terapia, y el seguimiento, las visitas domiciliarias y el apoyo telefónico. Estas dos últimas medidas no se han utilizado en el programa que estamos diseñando, debido a la necesidad de personal sanitario que supondrían, al tratarse de actividades individuales.²⁶ Aunque no se utilicen estas dos medidas, se van a utilizar otras técnicas, como las rutinas de ejercicio

especializado durante el embarazo, las técnicas de relajación o comunicación y sobre todo el refuerzo del vínculo materno-filial con técnicas como el contacto piel con piel, medidas muy eficaces cuya efectividad a la hora de prevenir la aparición de DPP ha sido demostrada. Es por ello, que esperamos obtener los mismos resultados en cuanto a reducción de DPP y TPP, es decir, que la incidencia de estas patologías se reduzca en un 60%

Al implantar el programa podemos encontrar algunas limitaciones, como que las gestantes den a luz antes de la fecha esperada, haciendo imposible que acudan a todas las sesiones programadas para antes del parto. O que decidan dejar de acudir a las sesiones por voluntad propia. Otra limitación sería que tanto las madres como los hijos sufran alguna complicación inesperada durante el parto, que les impidiera acudir a las sesiones para después del mismo.

CONCLUSIÓN

Es importante la implantación de un programa de salud dirigido por el personal de enfermería, en el que participe todo el equipo multidisciplinar de Atención Primaria.

Fortalecer el vínculo maternofilial y reforzar la salud mental de las madres es fundamental para el buen funcionamiento del programa.

Es necesario dotar a las madres de recursos, psicológicos, técnicas de relajación, comunicación o rutinas de ejercicio que las ayuden a afrontar las situaciones que se les van a plantear durante el embarazo.

Podemos reducir la incidencia de DPP y TPP en las madres que participan en el programa, y conseguir que ellas mismas se informen y participen en su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otzora S, Arsian A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2019; [Acceso 13 de enero de 2020] 22(1): 85-91. Disponible en: <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=1;spage=85;epage=91;aui=Oztora#>
2. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatología y Reproducción Humana (PRH). 2013; [Acceso 13 de enero de 2020] 27(3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es
3. Malpartida MK. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia. 2020; [Acceso 13 de enero de 2020] 5(2): [10 páginas]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
4. Jadresic E. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes (CLC). 2014; [Acceso 21 de enero de 2020] 15(6): 1019-1028. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
5. Medlineplus.gov. Depresión posparto [sede web]. [Acceso 21 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/postpartumdepression.html>
6. Grupo de trabajo del NIH. Información sobre la depresión posparto. 2014; 14-8000. [Acceso 21 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf
7. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015; [Acceso 21 de enero de 2020] 143: 887-894. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>

8. Chapela E. La Depresión posparto. Rev Enferm Salud Ment. 2015; [Acceso 21 de enero de 2020] 2: 16-20. Disponible en:
<file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-LaDepresionPosparto-6146014.pdf>
9. González BA et al. Actualización en depresión posparto. Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud. 2017; [Acceso 30 de enero de 2020] 1(3): [5 páginas]. Disponible en:
<https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50/38>
10. Villegas N, Paniagua A, Vargas JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia (RMS). 2019; [Acceso 30 de enero de 2020] 4(7): [9 páginas] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
11. Romero D, Orozco LA, Ybarra JL, Gracia BI. Dintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. Rev chil obstet ginecol. 2017; [Acceso 30 de enero de 2020] 82(2): 152-162. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Solís M, Pineda AL, Chacón J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia (RMS). 2019; [Acceso 30 de enero de 2020] 4(6): 90-99. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196j.pdf>
13. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto. Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas. 2014; [Acceso 8 febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002018.pub2/full/es>
14. Médez-Cerezo J. Depresión posparto y ejercicio. Perinatología y Reproducción Humana (PRH). 2014; [Acceso 8 febrero de 2020] 28(4): 211-216. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n4/v28n4a6.pdf>
15. Grupo de trabajo de la OMS. Thinking Healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression. 2015. [Acceso 8 febrero de 2020] Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152936/WHO_MSD_MER_15.1_eng.pdf;jsessionid=2BAEF98C109008069AB58831578D6DA2?sequence=1

16. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression. JAMA Network. 2019; [Acceso 8 febrero de 2020] 321(6): 580-587. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2724195>
17. Psicología y mente.com. Castillero O. Las 10 técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas. [Sede web] [Acceso 8 febrero de 2020] Disponible en:
<https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>
18. Göksin I, Ayaz-Alkaya S. The effect of progressive muscle relaxation on the postpartum depression risk and general comfort levels in primiparas. Wiley Online Library. 2020; [Acceso 8 febrero de 2020] 1-8. Disponible en:
<https://onlinelibrary-wiley-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/doi/epdf/10.1002/smi.2921>
19. Relajación progresiva de Jacobson. UALM. Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes. [Acceso 8 febrero de 2020] Disponible en:
https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/control_examenes/pdfs/capitulo08.pdf
20. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Rev Soc Bol Ped 2015; [Acceso 8 febrero de 2020] 54(2): 102-109. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200009
21. Escuela Europea de Management. Las 7 técnicas de comunicación eficaz que necesitas. [Acceso 12 febrero de 2020] Disponible en:
<http://www.escuelamanagement.eu/gestion-de-personas-2/7-tecnicas-eficaces-de-comunicacion-interpersonal>
22. Contreras-García Y, Sobarzo P, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el parto y la depresión materna. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; [Acceso 12 febrero de 2020]

- 43(1): [13 páginas]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2017/cog171f.pdf>
23. Alguero M. Guiainfantil.com. Estimulación para bebés de 0 a 6 meses, mes a mes. 2014. [Acceso 12 febrero de 2020] Disponible en:
<https://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/estimulacion/estimulacion-para-bebes-de-0-a-6-meses-mes-a-mes/>
24. O'Connor E, et al. Depression in Pregnant and Postpartum Women. JAMA Network. 2016; [Acceso 16 febrero de 2020] 315(4): 388-406. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2484344>
25. Kusuma R, Keliat BA, Afiyanti Y, Martha E. The Ratu's Model: A prevention model of postpartum depression. Enfermería Clínica. 2019; [Acceso 18 febrero de 2020] 29(1): 70-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/science/article/pii/S1130862119300233?via%3Dihub>
26. Dennis CL, Dowswell T. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas. 2013; [Acceso 18 febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full/es?highlightAbstract=postpartum%7Cdepres%7Cdepresio>
[n](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full/es?highlightAbstract=postpartum%7Cdepres%7Cdepresio)
27. México documents. Escala de Depresión posparto de Edimburgo. 2015. [Acceso 18 febrero de 2020] Disponible en:
<https://vdocuments.mx/escala-de-depresion-postparto-edimburgo.html>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA Depresión y Tristeza Postparto

Estimado participante:

A través de este documento, se le invita a participar en el programa de prevención de la DPP, en el que, a través de 10 sesiones, realizará ciertas actividades en las que se le informará sobre que es, como puede prevenirla y como puede reforzar el vínculo con su bebé.

El programa comenzará en septiembre y concluirá en junio y tendrá lugar en su Centro de Salud

Al aceptar su participación en este programa, afirma que se encontrará en su tercer trimestre de embarazo cuando empiece el programa y que no sufre ninguna complicación obstétrica. Deberá acudir a todas las sesiones planificadas y participar en ellas.

Ante cualquier duda puede contactarnos en: actuacontraladpp@gmail.com

YO,, CON DNI
HE LEIDO LA HOJA INFORMATIVA Y ACEPTO, VOLUNTARIAMENTE, TANTO MI PARTICIPACIÓN, COMO LA DE MI HIJO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DPP Y TPP.

FECHA: EN TERUEL

FIRMA:

Fuente: elaboración propia

ANEXO 2

MARQUE CON UNA "x" EL DÍA Y HORA EN QUE TENDRÍA MÁS
DISPONIBILIDAD PARA ACUDIR A LAS SESIONES DEL PROGRAMA.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
16:30-17:30					
17:30-18:30					
18:30-19:30					
19:30-19:30					

NOMRE:

Fuente: elaboración propia

¿Sabes que es la Depresión Postparto? ¿Y la Tristeza Postparto?

¿Miedo?

¿Soy mala madre?

¿Ansiedad?

¿Es por mi culpa?

¿Qué puedo hacer?

¿No le quiero?



**ÚNETE A NUESTRO PROGRAMA PARA
APRENDER QUE ES LA DPP, CÓMO
PREVENIRLA Y CÓMO REFORZAR TU
VÍNCULO CON TU HIJO Y TU FAMILIA.**

ANEXO 4

¿QUÉ SABES SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO? ¿Y SOBRE LA TRISTEZA POSTPARTO?

- ¿Qué es la Depresión Postparto? ¿Y la Tristeza Postparto?
- ¿Cuándo empieza la Depresión Postparto? ¿Y la Tristeza Postparto?
- ¿Cuáles son sus síntomas?
- ¿Se puede hacer algo para evitarlas?
- ¿Son muy frecuentes?
- ¿Si las sufres, es por qué has hecho algo mal?
- ¿Cómo puedes reforzar tu vínculo con tu bebé?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 5

<https://www.youtube.com/watch?v=GiR3tc1tJuw>

ANEXO 6

TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

TUMBADAS SOBRE UNA ESTERILLA:

1º FASE

Las madres deberán tensionar (5-10 segundos) y después relajar lentamente distintos grupos de músculos para apreciar la diferencia entre los estados de tensión y relajación musculares en el siguiente orden:

- Relajación de cara, cuello y hombros, repitiendo cada ejercicio 3 veces, siguiendo este orden: frente, ojos, nariz, boca, lengua, mandíbula, labios, cuello y nuca, hombros y cuello
- Relajación de brazos y manos: primero un brazo, después el otro, apretando el puño, luego se relaja
- Relajación de piernas: estirando una pierna con el pie hacia arriba, notando tensión en todos sus músculos, se repite con la otra y se relaja.
- Relajación de tórax, abdomen y lumbares: sentado en una silla se tensiona y relaja: espalda, tórax, estómago y cintura



2º FASE

Las madres repasarán mentalmente los músculos que han tensionado y relajado, intentando relajar aún más cada uno



3º FASE

Las madres pensarán en algo agradable para dejar la mente en blanco y por último relajar la mente

Fuente: elaboración propia

EL CONTACTO PIEL CON PIEL

¿En qué consiste esta técnica? En colocar al recién nacido, una vez seco, y desnudo, boca abajo sobre el pecho, también desnudo de su madre, tapando su espalda con una manta, durante una hora, lo más rápido posible tras el parto.

¿Qué beneficios aporta?

Además de favorecer la regulación de los procesos extrauterinos adaptativos, también ayuda a la instalación de una lactancia materna exitosa y por supuesto, crea un vínculo afectivo, entre madre e hijo que disminuye la ansiedad materna.



Fuente: elaboración propia

ANEXO 8

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EFICAZ

PARAFRASEAR AL OTRO

Sintetizar, con tus propias palabras, lo que te ha dicho otra persona

ESCUCHA ACTIVA

Esforzarse por comprender que nos quieren decir

EXPRESIONES DE REFUERZO

Utilizando expresiones como: bien, ajá, ok...

BREVEDAD; CONCISIÓN, SER DIRECTO

No diluir el mensaje con cosas irrelevantes

EL PROBLEMA NO SON LAS PERSONAS

Utilizar expresiones que refuercen en lugar de descalificar.

NO ALARGAR LOS CONFLICTOS

Es preferible abordar los problemas cuando suceden, no acumularlos para no "explotar"

EVITAR REPROCHES PASADOS

Buscar soluciones, no culpables

Fuente: elaboración propia

ANEXO 9

Escala de depresión post-parto de Edimburgo



Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Ejemplo:

0
<input checked="" type="checkbox"/>
2
3

		2 meses	6 meses
1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
	No tanto ahora	1	1
	Mucho menos ahora	2	2
	No, nada	3	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
	Menos que antes	1	1
	Mucho menos que antes	2	2
	Casi nada	3	3
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
	Casi nunca	1	1
	Sí, a veces	2	2
	Sí, con mucha frecuencia	3	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No, no mucho	1	1
	No, nunca	0	0
6. Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	Sólo ocasionalmente	1	1
	No, nunca	0	0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
	A veces	2	2
	Casi nunca	1	1
	No, nunca	0	0
Total			

Observaciones

Fuente: referencia bibliográfica número 27