

Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para la salud sobre
prevención y detección precoz de la depresión
postparto dirigido a mujeres embarazadas en el
tercer trimestre de gestación

Health education program about prevention and early diagnosis of
postpartum depression designed for pregnant women in the third
trimester of pregnancy

Autora:

Leyre Ledo Belascoain

Directora:

M^a Jesús Pardo Diez

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

2019

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	3
1.1.	ABSTRACT	4
2.	INTRODUCCIÓN	5
3.	OBJETIVOS.....	8
4.	METODOLOGÍA.....	9
5.	DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD.....	11
5.1.	DIÁGNOSTICOS.....	11
5.2.	OBJETIVOS.....	12
5.3.	POBLACIÓN	13
5.4.	RECURSOS	14
5.5.	ESTRATEGIAS	15
5.6.	CRONOGRAMA: DIAGRAMA DE GANTT.....	16
5.7.	SESIONES.....	17
6.	EVALUACIÓN	23
7.	CONCLUSIONES.....	24
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
9.	ANEXOS.....	31

1. RESUMEN

Introducción: La depresión postparto se define como un trastorno del ánimo que puede afectar a las mujeres tras dar a luz. Su elevada prevalencia (10-15%) y sus graves consecuencias tanto para la madre como para el niño, hacen de ella un importante problema de salud pública. Sin embargo, se trata de una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto, poco tratada debido, entre otras cosas, a la falta de conocimiento sobre esta y al gran estigma que la rodea. El impacto que produce es considerable, por lo que su prevención y detección precoz son fundamentales. Enfermería tiene así un rol esencial en su abordaje pues acompaña a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Objetivo principal: Elaborar un Programa de Educación para la Salud para la prevención y detección precoz de la depresión postparto en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación en el Centro de Atención Primaria de Valdespartera.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, páginas web de sedes oficiales y de asociaciones relacionadas con la maternidad, además de consultar varias guías y libros; entre ellos los de taxonomía enfermera NANDA, NIC Y NOC.

Conclusiones: La aplicación de este Programa de Salud proporciona a dicha población información rigurosa y adecuada acerca de aspectos que suscitan preocupación, así como herramientas para identificar y afrontar los conflictos propios del puerperio, dotándolas de habilidades que les permitan prevenir la aparición de este trastorno y su detección temprana.

Palabras clave: *Depresión postparto, puerperio, enfermería, prevención, detección precoz.*

1.1. ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is defined as a mood disorder suffered by women after childbirth. It's considered an important public health problem because of its raised prevalence and its serious consequences for the mother and the baby. However, it is under-detected and untreated because of the lack of knowledge about it and because of the big stigma around it. Prevention and early diagnosis of postpartum depression are basic to avoid the deep impact that it produces. Nursing professionals plays an essential role in approaching postpartum depression because they accompany women during pregnancy, birthing and in the perinatal period.

Main objective: To develop a Health Education Program about prevention and early diagnosis of Postpartum Depression in pregnant women in the third trimester of pregnancy in the Primary Attention Centre of Valdespartera.

Methodology: A bibliographical review has been carried out in different databases, web pages of official sites and organisms related to motherhood, as well as guides and books; for example the nursing taxonomy NANDA, NIC and NOC.

Conclusions: The application of this educational program provides the population with adequate and rigorous information about worrying aspects, and helps them to identify and face the typical perinatal problems, giving them skills to prevent the appearance of this disorder and its early diagnosis.

Keywords: *Postpartum depression, perinatal period, nursing, prevention, early diagnosis.*

2. INTRODUCCIÓN

Tener un bebé es un acontecimiento vital de primer orden y puede suscitar preocupación, cansancio y tristeza. Es por ello que el puerperio es uno de los periodos con mayor prevalencia de episodios depresivos ya que se trata de un periodo con gran vulnerabilidad biopsicosocial ¹.

La depresión postparto (DPP) es un trastorno mental frecuente con una prevalencia de entre el 10 y 15%, que afecta a las mujeres en las primeras semanas tras el parto, siendo actualmente la primera complicación psiquiátrica más frecuente del periodo perinatal. Sus potenciales consecuencias adversas, tanto en la mujer como en el niño, hacen que sea considerado un importante problema de salud pública, cuyo abordaje debe ser una prioridad. Se asocia además a elevados costos directos e indirectos por su elevada morbi-mortalidad ²⁻⁶.

Clínicamente, la DPP se caracteriza por estado de ánimo deprimido y tristeza o llanto persistente, entre otros síntomas que pueden llegar hasta ideación suicida (ANEXO I) ^{1, 7, 8}.

Cabe destacar, que la DPP no es el único trastorno del estado de ánimo en el puerperio. La existencia de otros como la Psicosis Postparto (PPP) y Tristeza Postparto (TPP) o *Baby Blues* puede llevar a confusión por similitud en la sintomatología (ANEXO II).

Actualmente no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, lo que sostiene su etiología multifactorial. Sin embargo, si se conoce que existen factores de riesgo facilitadores de su desarrollo, como: las fluctuaciones hormonales, antecedentes depresivos, la anemia, el estrés, la fatiga, la falta de soporte, problemas socio-económicos, ser madre primigesta, las prácticas de parto negativas (traumas perianales, dolor, parto instrumentado, cesárea, no contacto piel con piel), entre otros ^{5,7}.

Por otro lado, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP. Entre ellos, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones conyugales y la presencia de apoyo social, pueden mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo. Igualmente, la alimentación del bebé con lactancia

materna ha sido descrita como factor protector. Sin embargo, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP ^{9, 10}.

No obstante, pese a la prevalencia de la enfermedad, sólo una minoría de las madres afectadas son detectadas lo que supone una importante barrera para el tratamiento ^{4, 9}. Además existe una tendencia a normalizar o minimizar las experiencias estresantes de la maternidad para mantener la apariencia de "buenas madres", mostrándose así reticentes a hablar y a pedir ayuda familiar y profesional ¹¹.

Lo cierto es que las expectativas asociadas al nivel de perfección con que debe asumirse el rol materno pueden convertirse en un estresor adicional y ser un obstáculo para buscar una atención adecuada. Esto es especialmente relevante, pues el temor a ser devaluada o criticada y a expresar sentimientos contradictorios e inconciliables con la imagen idealizada de la maternidad dictaminada por la cultura, puede dificultar su abordaje ^{6, 8, 12}. Esto se añade a una posible mayor atención al bienestar del bebé que al de la puérpera, a no identificar su condición como una enfermedad que puede ser tratada, a una falta de conocimientos y a la dificultad de la mujer para asumir y priorizar su condición emocional, lo que lleva a hacer de la DPP una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada ^{4, 13-16}.

Está ampliamente documentado que no realizar un tratamiento específico se asocia a consecuencias relevantes para madre e hijo, afectando en el lenguaje, el cociente intelectual y crecimiento emocional de este, la calidad de vida de esta y en el vínculo entre ambos, pudiendo llegar a establecerse apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor. Además, en las puérperas se ha descrito menor percepción de autoeficacia para mantener lactancias exitosas y cese precoz de las mismas ^{6, 9, 12, 13}.

Así, la detección temprana es la base fundamental para permitir el diagnóstico y establecer medidas integrales de intervención que permitan reducir los problemas de salud. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un "marcador definido": el nacimiento de un hijo ^{2, 4, 14, 17}.

Para detectar la DPP, el instrumento más fiable es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), la cual se creó específicamente para asistir

a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen depresión postparto (ANEXO III). Posee una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 82%, describiéndose así como una herramienta de tamizaje para la enfermedad, aunque el diagnóstico definitivo de la misma se obtiene a través del DSM-V ¹⁸⁻²¹. Esta escala consiste en 10 preguntas cortas que se refieren a un periodo de siete días previos al día de aplicación de la escala (ver interpretación en ANEXO III) ^{18, 21-24}.

Se observa disparidad entre autores en el punto de corte aplicado a la escala EPDS para la detección de la enfermedad (EPDS \geq 12, EPDS \geq 11, EPDS \geq 10, EPDS \geq 9), aunque la mayoría de los autores consideran DPP con puntaje igual o superior a 10 ^{11, 14, 19, 20}.

Los profesionales más adecuados para detectar este trastorno del estado de ánimo son enfermeras y matronas, ya que son quienes siguen el embarazo día a día y conocen a la mujer, representando el primer contacto de la mujer con el equipo de salud.

Tanto es así que la enfermera tiene un papel esencial, existiendo estudios que afirman que la educación sanitaria puede ayudar a prevenir la enfermedad y que realizar unas buenas durante el parto basadas en la reducción del dolor, el apoyo continuo por parte de la enfermera, el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel con piel son factores imprescindibles para prevenir la DPP por los efectos positivos que conllevan ^{17, 20, 25}. Además, las mujeres que han recibido intervenciones enfermeras, desarrollan habilidades necesarias para el afrontamiento de los conflictos propios de la maternidad, confían más en sus propios recursos y son más eficientes para identificar y definir un problema explorando soluciones posibles ^{9, 26}.

Por tanto, la evidencia disponible actualmente, afirma que la aplicación de programas sanitarios por parte del profesional de enfermería demuestra no sólo disminuir el riesgo a padecer la enfermedad y sus complicaciones, sino mejorar la salud física y mental de las madres y los niños, así como el desarrollo cognitivo, emocional, comportamental, y social de estos; lo que justificaría la creación del siguiente Programa de Educación para la Salud.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Elaborar un Programa de Educación para la Salud para la prevención y detección precoz de la depresión postparto en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación en el Centro de Atención Primaria de Valdespartera.

Objetivos específicos:

- Determinar a través de la evidencia científica cuales son los factores de riesgo que favorecen la aparición de la depresión postparto.
- Evidenciar la importancia de utilizar la EPDS como herramienta de tamizaje para la detección precoz de la depresión postparto.
- Destacar la importancia del rol de enfermería en la detección precoz y prevención de la depresión postparto.

4. METODOLOGÍA

Para la creación del siguiente Programa de Educación para la Salud se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, realizando dicha búsqueda en las principales bases científicas de datos biomédicos.

Los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y palabras clave utilizadas fueron: «postpartum depression», «perinatal depression», «detection», «prevention», «detection or early diagnosis» y «nursing».

Para afinar en los resultados se han utilizado una serie de operadores booleanos, principalmente "AND/Y", pero también "OR/O", utilizando combinaciones como "postpartum depression AND nursing", "postpartum depression AND prevention OR detection or early diagnosis" y "perinatal depression AND prevention AND nursing". Además, la búsqueda se ha limitado a los últimos 10 años (2009-2019) y se han seleccionado artículos de enfermería en inglés y español.

En cuanto a los criterios de inclusión, se han seleccionado aquellos artículos que aportan información adecuada para la consecución de los objetivos descritos.

También se han consultado las sedes web de la Organización Mundial de la Salud, de la Asociación Española de Pediatría, del Ministerio de Salud, así como la de la asociación "El parto es nuestro", entre otras.

Además, se ha recurrido a varios libros: "Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions" y "Guía enfermera para unas buenas prácticas en depresión postparto", además de los libros de taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC.

MOTORES DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Scielo	"postpartum depression AND prevention OR detection or early diagnosis"	14	12	10
BASE	"postpartum depression AND nursing"	31	9	4
Dialnet	"postpartum depression AND prevention OR detection or early diagnosis"	3	3	2
Cochrane Plus	"perinatal depression AND prevention AND nursing"	6	2	3
Medline	"postpartum depression AND nursing"	37	5	1
Science direct	"postpartum depression AND prevention OR detection or early diagnosis"	4	4	1
TOTAL		95	35	21

Tabla 1. Motores de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

PÁGINAS WEB	GUÍAS UTILIZADAS
https://www.who.int/es	2
https://www.minsal.cl/	1
https://saludmentalperinatal.es/	1
https://www.aeped.es/	4
https://www.elpartoesnuestro.es	2
http://www.e-lactancia.org/	1

Tabla 2. Páginas web consultadas. Fuente: Elaboración propia.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

5.1. DIAGNOSTICOS

Mediante la utilización de los libros de taxonomía enfermera NANDA NIC y NOC ²⁷⁻²⁹, se han identificado los siguientes diagnósticos enfermeros, objetivos a cumplir e intervenciones a realizar para alcanzarlos.

NANDA	NIC	NOC
(00055) Desempeño inefectivo del rol	(01302) Superación de problemas (01305) Adaptación psicosocial: cambio de vida (01501) Ejecución del rol	(5370) Potenciación de roles (5390) Potenciación de la conciencia de sí mismo (05400) Potenciación de la autoestima
(00093) Fatiga	(00300) Cuidados personales: actividades de la vida diaria	(01800) Ayuda al autocuidado
(00150) Riesgo de suicidio	(01409) Control de la depresión	(05230) Aumentar el afrontamiento
(0146) Ansiedad	(01402) Control de la ansiedad (01305) Adaptación psicosocial: cambio de vida (01302) Superación de problemas	(04920) Escucha activa (05270) Apoyo emocional (05230) Aumentar el afrontamiento (05240) Asesoramiento (05820) Disminución de la ansiedad. (05880) Técnicas de relajación
(00095) Deterioro del patrón del sueño	(00003) Descanso (01402) Control de la ansiedad	(05230) Aumentar el afrontamiento (05880) Técnicas de relajación
(00148) Síndrome de Estrés del Traslado	(01305) Adaptación psicosocial: cambio de vida (01402) Control de la ansiedad (01204) Equilibrio emocional	(05230) Aumentar el afrontamiento (05240) Asesoramiento (05270) Apoyo emocional (05440) Aumentar los sistemas de apoyo (07370) Planificación del alta (04480) Facilitar la autorresponsabilidad
(00148) Temor	(01402) Control de la ansiedad (01404) Control del miedo (01302) Superación de problemas	(05230) Aumentar el afrontamiento (05240) Asesoramiento (05380) Potenciación de la seguridad (05820) Disminución de la ansiedad

Tabla 3: Diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC. Fuente: Elaboración propia.

5.2. OBJETIVOS

5.2.1. Objetivo general:

- Formar en prevención y detección de depresión postparto a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación pertenecientes al Centro de Atención Primaria de Valdespartera.

5.2.2. Objetivos específicos:

- Informar a las mujeres embarazadas de la existencia y posibilidad de padecer una depresión postparto, con el fin de eliminar estigmas y tabús sobre la misma.
- Educar a las mujeres embarazadas en depresión postparto para que puedan detectar signos y síntomas de manera precoz, así como potenciales factores de riesgo desencadenantes de la misma.
- Enseñar a las mujeres embarazadas los beneficios de las estrategias de prevención de la DPP, así como sus potenciales consecuencias, en ellas, los niños y el vínculo entre ellos.
- Formar una red de apoyo para las mujeres embarazadas en el preparto y el postparto a la que poder acudir y pedir ayuda en caso de ser necesario.

5.3. POBLACIÓN

Este programa de Salud va dirigido a mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación, pertenecientes al Centro de Atención Primaria de Valdespartera (Distrito Sur).

El momento gestacional de las mujeres ha sido elegido ya que el tercer trimestre es el más próximo al momento de aparición de una posible DPP, además de coincidir con las charlas habituales de preparación al parto.

La elección del centro se ha basado en la natalidad de los mismos, siendo Valdespartera uno de los barrios más nuevos, con población joven y altas cifras de embarazos, representando este distrito la mayor tasa de maternidad de la ciudad (TM (01/01/2018)=43,74%)³⁰.

No se ha tenido en cuenta ningún otro criterio para su inclusión en el programa.

5.4. RECURSOS

El siguiente programa de salud conlleva la utilización de diferentes recursos a nivel de infraestructura, material y humano.

El programa se realizará en la biblioteca del propio centro. Se utilizarán las sillas allí disponibles, así como luz, aire acondicionado o calefacción, si fuera necesario.

En cuanto a recursos humanos, será necesaria la participación de una enfermera con conocimientos en DPP, autora del programa, además de una compañera especialista en salud mental (sesión 4), trabajadora del centro.

Como recursos inventariables, serán necesarios un ordenador y un proyector para la proyección de las presentaciones PowerPoint de las sesiones (realizados por la enfermera).

Se necesitará también material reprográfico, bolígrafos, colchonetas y un muñeco de bebé (sesión 3).

El presupuesto estimado para el programa se refleja en la siguiente tabla:

RECURSOS	UNIDADES	PRECIO(€)/UNIDAD	TOTAL(€)
Enfermera	1 (5 sesiones)	50€/sesión	250
Trípticos	50	0,04	2
Carteles informativos	5	5	25
Encuestas	35	0,02	0,7
Fotocopias (ideas)	35	0,08	2,8
Bolígrafos	15	0,5	7,5
Colchonetas	10	20	200
TOTAL			488

Tabla 4. Fuente: Elaboración propia.

El salario de la enfermera de salud mental se excluye del presupuesto por estar incluido en sus horas de jornada laboral, y se descontará también el material ya disponible: ordenador, proyector y muñeco de bebé.

5.5. ESTRATEGIAS

El periodo de captación de las embarazadas para participar en el programa comenzará un mes antes de empezar con las sesiones.

Para la captación de las participantes en el programa se han realizado unos carteles informativos que se colgarán en el centro (ANEXO IV). Además, se cuenta con la colaboración de la matrona, que informará a las mujeres cuando acudan a la consulta para la revisión de la semana 24, encontrándose así las participantes en la misma etapa de la gestación, o muy similar entre ellas. Esta les invitará a participar y les entregará un tríptico del programa (ANEXO V).

Para aquellas mujeres interesadas en el programa se han diseñado estrategias específicas de adhesión, ya que estas constituyen un grupo poblacional con dificultades de adhesión debido a las fluctuaciones físicas y anímicas del embarazo ⁹. Estas consistirán en llamadas telefónicas para recordarles las sesiones, así como para preguntarles por el proceso durante las diferentes semanas. Además se entregarán resúmenes por escrito de las sesiones si estas no han podido acudir y se les ofrecerá la posibilidad de consultar las dudas que puedan tener.

5.6. CRONOGRAMA: DIAGRAMA DE GANTT

El siguiente diagrama muestra el cronograma del programa, mostrando además el momento de la gestación en el que se realizarán las intervenciones, para una visión más integral del proyecto.

2019	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	OCT	NOV
Búsqueda bibliográfica										
Diseño y planificación del programa										
Preparación de recursos										
Captación participantes				SEM 24						
SESIÓN 1					SEM 28-29					
SESIÓN 2					SEM 30-31					
SESIÓN 3						SEM 32-33				
SESIÓN 4						SEM 34-35				
SESIÓN 5								SEM 43		
CONTACTO TELEFÓNICO									SEM 46-48	
EVALUACIÓN GLOBAL										

Tabla 5: Diagrama de Gantt del programa. Fuente: elaboración propia.

5.7. SESIONES

El programa consta de 5 sesiones además de un contacto telefónico posterior. Estas se realizarán cada dos semanas durante el tercer trimestre hasta la semana 35, tratando de no ocupar las últimas semanas de la gestación donde las mujeres necesitan más reposo.

En caso de parto prematuro ³¹ en mujeres del grupo, se les ofrecerá disponibilidad para establecer contacto y facilitar toda la información necesaria.

Las sesiones serán de 90 minutos de duración. Las cuatro primeras se realizarán antes del momento del parto. La última sesión se realizará a los 20 días tras el parto (coincidiría con la semana 43 aprox.), de tal forma que partos tardíos también puedan acudir a la sesión.

El número máximo de participantes serán 10 mujeres, y cada una podrá traer un único acompañante.

5.7.1. *"¿Yo? ¿Deprimida?"*

Esta primera sesión comenzará con la presentación de la enfermera y el agradecimiento por su participación. Se procederá a repartir un documento de ideas previas (ANEXO VI) de manera individual el cual servirá a la profesional para evaluar los conocimientos iniciales de las participantes y, posteriormente, los resultados del programa.

Una vez cumplimentado, se procederá a explicar qué es la DPP, sus síntomas, factores de riesgo y consecuencias, así como su gran importancia y prevalencia.

Posteriormente se hará hincapié en el gran tabú que supone la no conciliación del rol que la sociedad impone sobre la maternidad y como convierte a la DPP en un estigma, que lleva a no diagnosticar ni tratar la enfermedad. Se recalcará que la DPP es una enfermedad muy frecuente y que lo más importante es pedir ayuda.

Para terminar, se reproducirá el vídeo "Depresión postparto" ³² en el que una mujer que la padeció habla de cómo se sentía, de que nadie le había hablado

de que se podía sentir así y de la importancia de conocer este problema y de pedir ayuda profesional.

<i>"¿Yo? ¿Deprimida?"</i>					
Objetivos: 1- Informar sobre la DPP. 2- Desestigmatizar la enfermedad					
Destinatarios	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar y duración	Evaluación
Mujeres embarazadas en la semana 28-29 de la gestación	Presentación del grupo, reflexión en grupo, charla informativa, PowerPoint, reproducción de vídeo, puesta en común de dudas/ preguntas.	Concepto de DPP, síntomas, FR y consecuencias de la misma. Tabú y estigma de la DPP.	Enfermera, ordenador, proyector presentación PPT, vídeo, sillas, encuestas, fotocopias y bolígrafos.	Biblioteca del CAP Valdespartera 1 hora y 30 minutos	Cuestionario de conocimientos previos

Tabla 6. Carta descriptiva de la sesión 1. Fuente: Elaboración propia.

5.7.2. "Cúidale. Cuídate"

Esta segunda sesión se dividirá en dos partes.

Por un lado, se explicarán los cuidados básicos del niño en el periodo neonatal^{33, 34}. Muchas veces el propio desconocimiento y la discrepancia entre consejos familiares y profesionales, son los desencadenantes de estrés, frustración y sensación de pérdida de funcionalidad y de ser "malas madres". Se enseñarán también las técnicas de RCP y Heimlich en el bebé.

Por otro lado, se hablará del autocuidado en el postparto, ya que muchas veces las mujeres se centran tanto en el cuidado del niño que se olvidan de sí mismas. Cabe añadir que el postparto es un periodo de gran vulnerabilidad para las mujeres, por lo que el bienestar de las mismas debe ser una prioridad³³. Así, los contenidos de la sesión se resumen en:

Cuidados básicos del neonato	Autocuidado en las púerperas
Eliminación	Autoimagen en el postparto
Higiene	Cuidado de la piel (estrías, zona perianal, cicatrices...)
Cuidado del cordón y de la cicatriz	Alimentación
Alimentación	Ejercicio físico
Descanso	Ejercicios de Kegel
Llanto	Sexualidad en el postparto

Tabla 7: Contenidos de la sesión 2. Fuente: Elaboración propia.

<i>"Cúidale. Cúidate"</i>					
Objetivos: 1- Informar en cuidados básicos del RN y autocuidados. 2- Aumentar el sentimiento de funcionalidad materna.					
Destinatarios	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar y duración	Evaluación
Mujeres embarazadas en la semana 30-31 de la gestación	Charla informativa, PowerPoint, ejemplificación de las maniobras y puesta en común de dudas/preguntas.	Cuidados del RN y autocuidado en el puerperio.	Enfermera, ordenador, proyector presentación PPT, muñeco de bebé y sillas.	Biblioteca del CAP Valdespartera 1 hora y 30 minutos	-

Tabla 8: Carta descriptiva de la sesión 2. Fuente: Elaboración propia.

5.7.3. *"Lactancia materna: Que no te ponga de mala leche"*

La lactancia materna es uno de los aspectos que más preocupa a las mujeres que esperan un bebé y es frecuente que aparezcan miedos y preocupaciones. Además es un tema rodeado de numerosos falsos mitos que pueden afectar a una lactancia saludable.

Como algunos aspectos de la lactancia ya son tratados por la matrona en sus charlas prenatales, esta sesión se centrará en otros aspectos de la lactancia menos tratados, pero que suscitan dudas y preocupación. Estos se resumen en la siguiente tabla:

Lactancia y vida laboral ³⁵ .
Compatibilidad con la lactancia: alimentos, medicamentos, tóxicos (alcohol y tabaco) ³⁸ .
Rechazo del pecho y "falsos rechazos" ³⁵ .
Complicaciones, problemas frecuentes y falsos mitos sobre la lactancia ³⁵⁻³⁷ .

Tabla 9: Contenidos de la sesión 3. Fuente: Elaboración propia.

Para resumir y afianzar lo aprendido se reproducirá el vídeo "10 consejos sobre lactancia materna" de la AEP ³⁹.

<i>"Lactancia materna: Que no te ponga de mala leche"</i>					
Objetivos: 1- Promocionar la lactancia materna eliminando dudas y falsas creencias.					
Destinatarios	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar y duración	Evaluación
Mujeres embarazadas en la semana 32-33 de la gestación	Charla informativa, PowerPoint, reproducción de vídeo, información escrita, puesta en común de dudas/ preguntas.	LM y vida laboral, compatibilidad de la LM, rechazo y "falso rechazo" del pecho, complicaciones, problemas y mitos.	Enfermera, ordenador, proyector presentación PPT, vídeo, sillas, información escrita.	Biblioteca del CAP Valdespartera 1 hora y 30 minutos	-

Tabla 10: Carta descriptiva de la sesión 3.

5.7.4. "TÚ VS EL PROBLEMA: técnicas de resolución de conflictos y relajación"

En esta sesión, se contará con la colaboración de una enfermera especialista en salud mental. A pesar de que en las sesiones anteriores se trataron numerosos aspectos del postparto, siempre cabe la posibilidad de que aparezcan otros conflictos que provoquen estrés y ansiedad. Estas son respuestas adaptativas del organismo frente a situaciones que le resultan complejas, sin embargo pueden provocar frustración y sentimientos de disfuncionalidad.

Así, en esta sesión se abordará la gestión emocional y del estrés frente al problema y se animará a las mujeres a confiar en sí mismas y en sus capacidades.

También se trabajará en técnicas de disminución del estrés y manejo de la ansiedad a través de un taller práctico, sentadas y/o tumbadas sobre las colchonetas, mediante: la respiración diafragmática lenta, técnica de relajación guiada, iniciación al *mindfulness* y relajación muscular progresiva de Jacobson ⁴⁰.

Para finalizar, se hablará de la importancia de pedir ayuda, tanto familiar como profesional. Muchas veces las mujeres tienen miedo de expresar cómo se sienten por miedo a ser juzgadas o criticadas, lo que hace que no

compartan su experiencia. Por ello, se insistirá a las mujeres en que no están solas y en la importancia de pedir ayuda.

<i>"TÚ VS EL PROBLEMA: técnicas de resolución de conflictos y relajación"</i>					
Objetivos: 1- Formar en técnicas de disminución de estrés y manejo de la ansiedad. 2-Concienciar de la importancia de pedir ayuda.					
Destinatarios	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar y duración	Evaluación
Mujeres embarazadas en la semana 34-35 de la gestación	Charla informativa, PowerPoint, taller práctico, puesta en común de dudas/ preguntas.	Técnicas de disminución de estrés y manejo de la ansiedad. Pedir ayuda.	Enfermera, enfermera de SM, ordenador, proyector presentación PPT, sillas y colchonetas.	Biblioteca del CAP Valdespartera 1 hora y 30 minutos	-

Tabla 11: Carta descriptiva de la sesión 4. Fuente: Elaboración propia.

5.7.5. "Cuéntanos"

Esta última sesión se realizará postparto, por lo que las mujeres podrán acudir con sus bebés.

En ella, se invitará a las mujeres a compartir cómo está siendo su experiencia, las diferentes situaciones que se les están planteando y cómo las resuelven cada una de ellas. Es decir, esta sesión funcionará como una tertulia dentro de un grupo de apoyo donde se darán consejos, se contarán sus anécdotas y experiencias en un ambiente de confianza. Además, se entregará la EPDS (ANEXO III), la cual se completará y entregará a la enfermera para detectar precozmente una posible DPP.

Al finalizar se les entregará una segunda fotocopia del documento de conocimientos sobre la DPP (ANEXO VI), la cual rellenarán y mediante la cual se podrá valorar la adquisición de conocimientos.

Por último, se pedirá que cumplimenten un cuestionario de evaluación y valoración del programa y posibles mejoras (ANEXOS VII-IX).

Se les comunicará que aunque las sesiones lleguen a su fin, el personal de enfermería del centro queda a su disposición para todo lo que puedan necesitar y que recibirán una llamada en unas semanas.

"Cuéntanos"					
Objetivos: 1- Resolver dudas y conflictos que hayan surgido. 2- Reforzar el sentimiento de pertenencia a un grupo. 3- Apoyar y fomentar el apoyo continuo. 4- Detección precoz DPP					
Destinatarios	Metodología	Descripción	Recursos	Lugar y duración	Evaluación
Mujeres que han dado a luz y se encuentran en el día 20 postparto aprox.	Puesta en común de conflictos, anécdotas, dudas y posibles resoluciones, tertulia, apoyo del grupo.	Dudas y conflictos. Posibles soluciones. Anécdotas. Realización de la EPDS.	Enfermera, sillas, bolígrafos, cuestionarios, EPDS, ideas previas y finales.	Biblioteca del CAP Valdespartera 1 hora y 30 minutos	Cuestionarios de conocimientos tras el programa. Encuestas de satisfacción. Testimonios de las mujeres. EPDS.

Tabla 12: Carta descriptiva de la sesión 5. Fuente: Elaboración propia.

5.7.6. Contacto telefónico

A pesar de que la EPDS (ANEXO III) es válida a partir del segundo día postparto, el mejor momento para su aplicación es de la 6ª a la 8ª semana postparto, ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal ^{23, 24}.

Así, se realizará un contacto telefónico con las mujeres en este periodo para aplicar la escala de manera telefónica ²².

La escala permite una evaluación inmediata, de la que se espera que los resultados sean negativos (<10) gracias a las intervenciones aplicadas; sin embargo, si algún resultado fuera positivo (≥ 10) se derivaría a Salud Mental para realizar el diagnóstico de la enfermedad (DSM-V) y realizar las intervenciones necesarias en cada caso.

6. EVALUACIÓN

La evaluación del programa será al final y se combinarán enfoques cualitativos y cuantitativos.

Para una evaluación cualitativa del programa, se compararán los dos cuestionarios entregados en la 1ª y 5ª sesión para evaluar los conocimientos adquiridos (ANEXO VII).

Además, se tendrá en cuenta la información aportada por las mujeres en la última sesión sobre su experiencia en el puerperio, si las indicaciones que se dieron les fueron de utilidad y percibieron tener herramientas para afrontar los problemas que encontraron.

Por otro lado, se analizarán los cuestionarios de evaluación del programa, que permitirán valorar la estructura (ANEXO VII) y el proceso del programa (ANEXO VIII), así como el grado de satisfacción de las participantes y sus sugerencias y propuestas (ANEXO IX) para mejorarlo.

La evaluación de los resultados será cuantitativa, mediante las puntuaciones obtenidas en las EDPS de la última sesión y del contacto telefónico individual, representando estos datos un buen indicador de la efectividad del proyecto.

Todo ello nos permitirá realizar una valoración más global y específica del proyecto.

7. CONCLUSIONES

La depresión postparto es una enfermedad prevalente con graves consecuencias, lo que pone de manifiesto la importancia de su prevención y detección temprana. El profesional de enfermería adquiere así la responsabilidad de desarrollar estrategias específicas y promover una correcta educación sanitaria ya que acompaña a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

A través de la misma, consigue dotar a las mujeres embarazadas de conocimientos y habilidades en los aspectos que más complicaciones suponen en el periodo del postparto, adquiriendo así las herramientas necesarias para una maternidad saludable, a la vez que se aumenta su confianza y sentimientos de funcionalidad.

Finalmente, se pone de manifiesto el apoyo que representa el profesional de enfermería para la población, no sólo en el tratamiento de la enfermedad, sino en la prevención de la misma y como fuente de ayuda con todos los problemas y conflictos que se les puedan presentar.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organización Mundial de la Salud: campañas Mundiales de Salud Pública de la OMS. ¿Se Pregunta Por Qué No Está Contenta Tras el Nacimiento de su Hijo? [Internet]. Ginebra: OMS; 2016-2017 [citado 28 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
- 2- Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Berenzon S. Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud Ment.* 2014;37:293-301.
- 3- Félix TA, Nogueira AG, D'Ávila D et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global.* 2013;29:404-419.
- 4- Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev. Med. Chile.* 2015;143:887-894.
- 5- Martínez P, Rojas G, Magana I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Ter Psicol.* 2015;33(2):59-68.
- 6- Cavalcanti BMC, Marques DCR, Guimarães FJ, et al. "Ineffective role performance" nursing diagnosis in postpartum women: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2014 [15 Ene 2019];13 (2):250-258. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4296>
- 7- Medina-Serdan E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum.* 2013;27(3):185-193.

- 8- Miranda Moreno MD, Bonilla García AM, Rodríguez Villar V. Depresión postparto. Trances. 2015;7(3):499-508.
- 9- Olhaberry M, Escobar M, Mena C et al. Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. Suma Psicol. 2015;22(2):93-101.
- 10- Olza I, Ruiz-Berdún D, Villarrea S. Cuando las dificultades en la lactancia enmascaran o favorecen la depresión postparto. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal [Internet]. 2019 [citado 27 May 2019]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/cuando-las-dificultades-en-la-lactancia-enmascaran-o-favorecen-la-depresion-posparto/>
- 11- RNAO. Guía de buenas prácticas enfermeras: Intervenciones para la depresión postparto. Ontario:RNAO;2005.
- 12- Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L et al. Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. Ontario: Toronto Public Health; 2003.
- 13- Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7:37-66.
- 14- Zhuzhingo Vásquez CJ, Peñaloza Buele YC, Ajila Vacacela J et al. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. Psicología Unemi [Internet]. 2018 [citado 5 Feb 2019];2(3):21-29. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/ojs/index.php/faso-unemi/article/view/740/674>
- 15- Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Updates on postpartum depression. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(4):576-586.

- 16- Dois A, Uribe C, Villarroel L et al. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*. 2012;140:719-725.
- 17- Riquin E, Lamas C, Nicolas I et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of affective disorders*. 2019;245:340-347.
- 18- Méndez Cerezo AJ. Depresión postparto y ejercicio. *Perinatol Reprod Hum*. 2014;28(4):211-216.
- 19- Campo Arias A, Ayola Castillo C, Peinado Valencia HM et al. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale's internal consistency and factor structure amongst pregnant women in Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Gynecol*. 2013;58(4):277-283.
- 20- Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *Musas* 2017; 2(1):57-85.
- 21- Vera Díaz Jara EB. Factores de riesgos asociados a depresión postparto en puérperas del hospital regional docente de Trujillo [Tesis doctoral]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2013.
- 22- García Vega M, Mingote Adán JC, Muñoz Gállego E et al. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnóstico de depresión puerperal. *C. Me. Psicosom*. 2012;102:7.
- 23- Ministerio De Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento. Santiago: MINSAL;2014.

- 24- Espinoza R, Valentina O, Villegas D et al. Tristeza en el puerperio. Rev Obstet Ginecol. 2015;10(2):65-72.
- 25- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartumdepression. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 2:1134.
- 26- Kusuma R, Keliat BA, Afiyanti Y et al. The Ratu's Model: A prevention model of postpartum depression. Enferm Clin. 2019;29(1):70-73.
- 27- Herdman TH, Martin Iglesias S, Carter DP. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Ed hispanoamericana. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 28- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.
- 29- Moorhead S, Johnson M, Maas ML et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. London: Elsevier; 2014.
- 30- Ayuntamiento de Zaragoza [Internet]. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; c2018 [actualizado 01 Ene 2018; citado 24 Mar 2019]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.zaragoza.es/sede/servicio/publicacion-municipal/11452>
- 31- Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un niño prematuro?. Campañas Mundiales de Salud Pública de la OMS [Internet]. 2015 [citado 28 Ene 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
- 32- Quieretebien (QTB). Depresión postparto [Vídeo]. 03 Mar 2014. [citado 18 Mar 2019] [18:12 min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GR2xOKHo3Yg>

- 33- El Parto es Nuestro [Internet], Madrid: Asociación el Parto es Nuestro; 2019 [actualizada 04 May 2019; acceso 05 May 2019]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- 34- Asociación Española de Pediatría (AEP). Guía práctica para padres: desde el nacimiento hasta los 3 años [monografía en Internet]. Madrid: AEP; 2013 [6 Feb 2019]. Disponible en: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
- 35- Díaz Gómez NM, Ruzafa Martínez M, Ares S, et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 26 Feb 2019]; 90:1-18. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/articulo-revespsaludpublica.pdf>
- 36- Comité de Lactancia materna (CLM). Lactancia materna a demanda: recomendaciones [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2013 [citado 24 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda>
- 37- Comité de Lactancia materna (CLM). Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2012 [citado 24 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- 38- e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2002, actualizado 04 May 2019 [citado 07 May 2019]. Disponible en <http://e-lactancia.org>

- 39- Asociación Española de Pediatría. 10 consejos lactancia materna. [Vídeo]. 03 Oct 2018. [citado 5 Mar 2019] [5:14 min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8d3alDzWXDo>
- 40- Hernández García L, Acién Rodríguez MB, Menéndez Sotillos MI. La Relajación como intervención enfermera en Salud Mental. En: ASUNIVEP. *Intervención en contextos clínicos y de la salud*.2016.73-79.

9. ANEXOS

Anexo I: Síntomas de la Depresión Postparto.

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

Fuente: Medina-Serdan E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum. 2013;27(3):185-193.

Anexo II: Diferencias entre Tristeza Postparto, Depresión Postparto y Psicosis Puerperal.

Patología	Prevalencia	Instauración	Duración	Causa	Síntomas	Tratamiento
TPP	30-75%	Día 2-4 postparto.	Horas o días. Suele desaparecer a los 2 o 3 días máx.	Cambios hormonales, psicológicos y sociales.	Labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto fácil, ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido.	No tto. específico; información y apoyo familiar.
DPP	10-15%	Puede aparecer inmediatamente, así como días, meses y hasta un año después.	Semanas o meses.	FR biológicos, psicológicos y sociales.	VER ANEXO I	Terapia (individual/grupal) y medicación.
PPP	0,1-0,2%	Entre 3-9 días, pero puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.	Semanas o meses.	FR (trastornos depresivos previos, esquizofrenia, PPP previa...)	Fluctuaciones psicomotrices, rápida variabilidad, alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, insomnio, delirios y/o alucinaciones, hostilidad e irritabilidad, conducta desordenada, actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo, infanticidio (en algunos casos).	Tto. farmacológico, hospitalización y terapia psicosocial.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo III: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y su interpretación.

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Fuente: Escala de Edimburgo. Version validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. J Psychosom Obstet Gynecol. 1995;16:187-91).

Anexo IV: Cartel informativo.

**PROGRAMA PARA
LA PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN
PRECOZ DE LA
DEPRESIÓN
POSTPARTO**

TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN



**CENTRO DE
ATENCIÓN
PRIMARIA
VALDESPARTERA
¡INFÓRMATE!**



Fuente: Elaboración propia. Imagen: NTCBA.

Anexo V: Tríptico.

<p>¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN POSTPARTO?</p> <p>La DPP es un trastorno mental muy prevalente (10-15%), y a pesar de las graves consecuencias para la madre e hijo, se trata de una enfermedad subdiagnosticada y sub-tratada. Sin embargo es una enfermedad prevenible y tratable.</p> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar y desestigmatizar la enfermedad.• Aportar conocimientos básicos para la nueva etapa.• Resolver dudas y mitos frecuentes sobre diversos aspectos (lactancia materna).• Formar en herramientas para el afrontamiento de conflictos.• Formar un grupo de apoyo.	<p>Se realizarán charlas, talleres prácticos, reproducciones de vídeos, tertulias, además de un cribado de detección precoz de DPP.</p> <p>Además, se contactará telefónicamente a lo largo del proyecto.</p> 	<p>¿QUIERES SABER SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO?</p> <p>¿TE GUSTARÍA PREVENIRLA Y APRENDER A DETECTARLA?</p> <p>¡APÚNTATE!</p>
<p>SESIONES:</p> <ol style="list-style-type: none">1- "¿Yo? ¿Deprimida?"2- "Cuidale. Cuidate"3- "Lactancia materna: Que no te ponga de mala leche"4- "TÚ VS EL PROBLEMA: técnicas de resolución de conflictos y relajación"5- "Cuéntanos" <p>+ Contacto telefónico</p> 	<p>¡CONÓCENOS!</p>  <p>CONTACTO</p> <p>976000000</p> <p>Calle la Ventana Indiscreta, 1, 50019 Zaragoza</p>	<p>PROGRAMA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PREZOZ DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO</p>  <p>salud Gobierno de Aragón</p>

Fuente: Elaboración propia. Imagen: NTCBA.

Anexo VI: Documento de conocimientos (2 copias, sesión 1 y 5).

Cuestionario: ¿Qué sabe de la Depresión Postparto?

Gracias por participar en nuestro proyecto. Este cuestionario se realizará antes de comenzar y al finalizar el mismo (se adjunta una segunda copia). Posteriormente se compararán las respuestas para evaluar el aprendizaje, ayudándonos a comprender las necesidades informativas que requieren las familias y seguir mejorando.

Los cuestionarios son anónimos, pero para poder compararlos después le pedimos que nos indique abajo sus dos primeras iniciales. Por favor, responda brevemente a las siguientes preguntas:

- 1- ¿Sabe lo que es la depresión postparto? ¿Cómo la definiría?

- 2- ¿Cree que es un problema frecuente?

- 3- ¿Cree que hay algún factor que la desencadene?

- 4- ¿Cree que puede tener consecuencias graves? En caso afirmativo, ¿para la madre o para el bebé?

- 5- ¿Cree que sabría identificarla si la padeciera?

- 6- ¿A quién acudiría en caso de padecerla?

Fuente: Elaboración propia.

Anexo VII: Cuestionario para la evaluación de la estructura.

Cuestionario 2: Evaluación de la estructura

Este cuestionario es de carácter anónimo, y trata de evaluar la adecuación de los recursos humanos y materiales a la finalidad de proyecto.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el proyecto:

1- ¿Le han parecido adecuadas las profesionales encargadas del proyecto?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

2- ¿Le ha parecido adecuado el número de asistentes?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

3- ¿Le ha parecido adecuado el proceso de captación para el proyecto (carteles, trípticos, matrona)?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

4- ¿Le ha parecido adecuadas las instalaciones donde se han realizado las sesiones?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

5- ¿Le ha parecido adecuado el número total de horas de sesiones?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

6- ¿Le han parecido adecuados los materiales utilizados en las sesiones?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

Elaboración propia.

Anexo VIII: Cuestionario para la evaluación del proceso.

Cuestionario 3: Evaluación del proceso

Este cuestionario es de carácter anónimo, y trata de evaluar la adecuación de los recursos humanos y materiales a la finalidad de proyecto.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el proyecto:

1- ¿Le han parecido adecuadas la organización y desarrollo del proyecto?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

2- ¿Le ha parecido adecuada la relación establecida con las profesionales?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

3- ¿Le ha parecido adecuada la duración de las sesiones?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

4- ¿Le ha parecido adecuada la periodicidad de las sesiones?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

5- ¿Le han parecido útiles los contenidos del proyecto educativo?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

6- ¿Le han parecido adecuadas las técnicas educativas utilizadas por los educadores?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

7- ¿Le ha parecido satisfactorios el lenguaje utilizado y el trato con los educadores?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

8- ¿Le han parecido adecuadas las formas de evaluación?

Totalmente	Bastante	Algo	Poco	Nada
------------	----------	------	------	------

Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo IX: Propuestas de mejora.

Cuestionario: Propuestas de mejora

Este cuestionario es de carácter anónimo y trata de evaluar el grado de satisfacción de las participantes y de recibir propuestas de mejora para futuras realizaciones del proyecto.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el Proyecto:

- 1- Globalmente, ¿qué nota le merece este proyecto educativo?
(1=mínimo, 10=máximo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 2- ¿Recomendaría a otra mujer embarazada que participase en el programa?
¿Por qué/por qué no?

- 3- A continuación, proponga mejoras para futuras realizaciones del proyecto o háganos saber qué añadiría o eliminaría.

Fuente: Elaboración propia.