



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de educación para la salud: detección precoz de la
depresión perinatal**

Autor/a: Beatriz del Pozo Muñoz

Director: Delia María González de la Cuesta

INDICE

Resumen	Página 1
Abstract	Página 2
Introducción	Página 3
Objetivos	Página 6
Metodología	Página 7
Desarrollo	Página 10
- Diagnóstico	Página 10
- Planificación	Página 11
- Población diana	Página 12
- Recursos	Página 12
- Presupuesto	Página 13
- Estrategias	Página 13
- Sesiones	
<i>Sesión 1</i>	Página 14
<i>Sesión 2</i>	Página 15
<i>Sesión 3</i>	Página 16
- Cronograma	Página 17
- Ejecución	Página 17
- Evaluación	Página 18
<i>Evaluación del programa</i>	
<i>Evaluación de satisfacción por parte de los participantes</i>	
Conclusiones	Página 19
Bibliografía	Página 20
Anexos	Página 23

RESUMEN

Introducción: El 50% de las depresiones posparto comienzan en el embarazo. Es por esto que varios autores prefieren hablar del término depresión perinatal, englobando en él los cuadros depresivos menores y mayores que aparecen durante el embarazo y el primer año de vida del bebé. Se trata de un importante problema de salud ya que sus consecuencias abarcan desde problemas cognitivos y comportamentales en el niño hasta trastornos en el vínculo materno-filial, y como tal que requiere una adecuada intervención. Aprender a identificar los factores de riesgo y realizar un correcto cribado de la salud mental en el periodo perinatal, son unas buenas bases que permiten la detección precoz de la depresión perinatal, minimizando así sus complicaciones.

Objetivo: Mejorar los conocimientos de las matronas a través de un programa de salud que les muestre la importancia de una buena valoración de la salud mental en el periodo perinatal y de la detección precoz de trastornos depresivos en esta etapa para disminuir sus complicaciones.

Metodología: Se realizó una actualización del tema a través de la búsqueda bibliográfica de información en varias bases de datos y se amplió con la lectura de documentos publicados por algunos organismos oficiales. A partir de ésta se realizó un Programa de salud para la detección precoz de la depresión perinatal.

Conclusiones: Instruir a las matronas y proporcionarles herramientas para una identificación precoz de la depresión perinatal minimiza las complicaciones que ésta pueda ocasionar.

Palabras clave: "depresión perinatal", "embarazo", "gestación", "periodo perinatal", "posparto", "ansiedad", "vínculo materno-filial".

ABSTRACT

Introduction: 50% of postpartum depressions begin in pregnancy. It is for this reason that several authors prefer to use the term perinatal depression, encompassing in it the minor and major depressive symptoms that appear during pregnancy and the first year of the baby's life. This is an important health problem since its consequences range from cognitive and behavioral problems in the child to disorders in the maternal-filial bond, and as such requires adequate intervention. Learning to identify risk factors and perform the appropriate mental health assessments in the perinatal period, are good practices that allow the early detection of perinatal depression, minimizing its complications.

Objective: To improve the knowledge of midwives through a health program, showing the importance of a thorough assessment of mental health and the early detection of depressive disorders during the perinatal period to reduce complications.

Methodology: A review was carried out throughout the bibliographic search for information in several databases and was extended with the reading of official published documents. From this, a Health Program for the early detection of perinatal depression was composed.

Conclusions: Instructing midwives and providing them with tools for the early identification of perinatal depression minimizes the complications that this may cause.

Key words: "perinatal depression", "pregnancy", "gestation", "perinatal period", "postpartum", "anxiety", "maternal-filial bond".

INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de padecer depresión posparto (DPP) en madres españolas es entre el 10 y el 15 %^{1,2}, ¿cuántas de estas DPP podrían evitarse con una correcta detección precoz durante el embarazo?

Hay estudios que confirman que aproximadamente el 50 % de las DPP comienzan durante la gestación³. Otras investigaciones añaden que la prevalencia de padecer depresión durante el embarazo y los primeros 3 meses tras el parto, se encuentra en torno al 20 %⁴. Estas cifras ponen de manifiesto que la depresión perinatal es un importante problema de salud que recibe menos intervención de la que debería, ya que, en algunas ocasiones, durante el embarazo se da más prioridad al control físico de la mujer, dejando de lado la evolución del estado de su salud mental. Es por ello que muchos expertos han comentado la necesidad de una buena atención e intervención psicológica durante todo el periodo perinatal, con el fin de detectar posibles estados depresivos prenatales y postnatales. A estos cuadros depresivos, **mayores y menores**, que se inician durante el embarazo y persisten hasta doce meses después del parto, se les conoce con el término de depresión perinatal^{3,4,5,6}.

La depresión perinatal presenta características similares a una depresión en cualquier otro ciclo de la vida. Entre los síntomas, hay algunos que pueden confundirse con vivencias normales que tienen lugar durante la gestación, como los trastornos del sueño, irritabilidad, el bajo ánimo, la labilidad emocional o la ansiedad⁷. Esto dificulta su identificación, por lo que se recomienda el uso de escalas validadas para un screening de la salud mental adecuado⁸.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) resulta muy eficaz porque excluye la valoración de aquellos síntomas que pueden enmascarse como comportamientos propios e inherentes de la embarazada. Además, no solo es útil su aplicación en el postparto, sino que se ha comprobado su validez en todo el periodo perinatal. A sus ventajas, se añade que es una escala fácil de realizar, pues consta de 10 ítems y se rellena en poco más de cinco minutos. El momento más adecuado para aplicar la EPDS durante el embarazo es en el segundo control de la

embarazada, y en el posparto es preferible hacerlo en la octava semana tras el nacimiento del bebé^{8,9} **(Anexo 1)**. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) destaca que se debe realizar, **como mínimo**, un cribado de la evaluación de la salud mental de la mujer en el período perinatal¹⁰.

La detección precoz de la depresión durante el embarazo minimiza las consecuencias negativas que ésta puede provocar tanto en la madre, como en el feto y el entorno que los rodea^{3,11} así como también disminuye los posibles trastornos en el puerperio y las alteraciones en el desarrollo del recién nacido^{12,13,14}. Se podría decir que las primeras semanas de vida del bebé son de las más importantes para su desarrollo, es por ello que la madre debe gozar de una buena salud mental en ese momento, y para ello se ha tenido que trabajar enormemente sobre ella desde el primer momento de la gestación¹⁵.

El eje de una buena detección es saber identificar los factores de riesgo que desencadenan el problema de salud. Los principales factores de riesgo asociados a la depresión perinatal son: **historia previa de depresión** (más si han aparecido cuadros depresivos en anteriores gestaciones), **ansiedad materna y grado de afrontamiento del estrés** (la ansiedad y el estrés están fuertemente relacionados con la depresión), **eventos vitales estresantes, falta de apoyo socio-familiar** (apoyo social ineficaz o inexistente), **mala relación con la pareja o falta de pareja, violencia doméstica, intención con el embarazo** (embarazos no deseados), **factores socioeconómicos o edades extremas de la madre**^{1,10,15}.

El embarazo es una etapa de constantes cambios, tanto a nivel físico como sociológico y psicológico, que cuenta con una alta carga emocional. Estos cambios son percibidos y asumidos por la mujer de formas muy diferentes. Es un periodo de transición en la vida de la mujer que supone la aceptación de un nuevo rol hasta ahora desconocido^{3,12,16,17}. Surgen, por tanto, incertidumbres, preocupaciones y dudas que deben ser resueltas para evitar que estas provoquen a la madre ansiedad, estrés o depresión¹².

Se ha comprobado que estados depresivos de la madre afectan al bebé produciéndose así mayor frecuencia de nacimientos prematuros, bajo peso del recién nacido y retraso del crecimiento, así como problemas cognitivos y comportamentales (conductuales y emocionales).

De acuerdo con el vínculo materno-filial, se ha demostrado que las madres que padecen depresión perinatal, presentan dificultad para interpretar las señales de comunicación de sus hijos, afectando negativamente al desarrollo de la comunicación y las habilidades socio-emocionales del niño, así como a la interacción y relación de la madre con el bebé^{15,18}.

Se considera a las enfermeras y, en concreto, a las matronas, como los profesionales de salud más adecuados para llevar a cabo la educación maternal^{19,20} y los cuidados de la madre que satisfagan holísticamente sus necesidades¹⁷. Por ello es imprescindible que a éstas se les instruya para comprender y valorar de forma correcta la situación emocional y la salud mental de las mujeres durante el periodo de gestación y así poder detectar de forma temprana la depresión, aprendiendo a diferenciar ésta, de los típicos cambios hormonales y emocionales propios del embarazo y concienciándose así de la importancia que tiene el estado mental de las embarazadas y puérperas¹².

OBJETIVOS

- General:

Elaborar un programa de educación para la salud dirigido a las matronas, en el ámbito de la atención primaria, orientado a la detección precoz de la depresión perinatal.

- Específicos:

Promocionar la atención de la salud mental en el periodo perinatal centrada en la detección de los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal.

Resaltar la importancia de la detección precoz de la depresión perinatal, como método de prevención de futuras complicaciones de la madre, el bebé y del vínculo materno-filial.

Proporcionar métodos de evaluación de los trastornos depresivos durante el periodo perinatal y enseñar a interpretarlos.

METODOLOGÍA

Se escogió la depresión perinatal como tema de este trabajo tras la lectura de dos artículos en la página web de la "Asociación Española de Psicología Perinatal" (AEPP), en los que se hablaba de la depresión perinatal, y de la importancia de sus consecuencias.

Otra fuente que inspiró a la realización de este trabajo fue el vídeo "Educación emocional desde el útero" del programa Redes de Eduardo Punset, que comenta la estrecha relación que hay entre las emociones y la vida en el útero materno.

A partir de esto se inició una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos con el objetivo de obtener información actualizada del tema (**Ver Tabla 1**).

Para la revisión bibliográfica se utilizaron herramientas tales como los operadores booleanos. Para limitar la búsqueda, se ha utilizado el límite temporal de los documentos, cogiendo solo aquellos comprendidos entre los años 2005-2017. Se han descartado los documentos escritos en idiomas que no sean el español y el inglés.

A parte de la búsqueda bibliográfica en la bases de datos, también se consultó información en guías clínicas y protocolos, así como la guía para el abordaje psicosocial de la depresión perinatal publicada por la OMS, y se leyeron algunas tesis doctorales para centrar más el tema (**Ver tabla 1 y 2**).

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	Nº ARTÍCULOS REVISADOS	Nº ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	Preocupación AND Embarazo		10	1 ¹⁹
SCIENCE DIRECT	Depresión perinatal	Open access articles	13	2 ^{3,10}
	Embarazo AND cambios emocionales	Open access articles	8	1 ¹⁷
	Perinatal mental illness	Open access articles	15	1 ⁴

DIALNET	Depresión perinatal AND vínculo madre-bebé		5	2 ^{15,7}
	Detección precoz AND depresión AND embarazo		3	1 ²
	Complicaciones AND depresión perinatal		5	1 ¹⁴
PUBMED	Screening AND Perinatal depression symptoms	- Free full text - Humans - Five years	20	2 ^{6,9}
	Antenatal AND postnatal AND mental health	-Free full text -Humans	6	1 ¹³
SCIELO	Ansiedad AND Parto		17	1 ¹⁶
	Maternidad AND Enfermería		23	1 ¹⁸
GOOGLE ACADÉMICO	Intervenciones AND depresión posparto		26	1 ¹
	Screening AND Perinatal depression		30	1 ⁸
TESEO	Embarazo AND Preocupaciones		1	1 ¹²
	Educación maternal		4	1 ²⁰

TABLA 1

ORGANISMO OFICIAL	GUÍA CLÍNICA/PROTOCOLO
Ministerio de salud: Gobierno de Chile	Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento (2014) ¹¹
WHO (OMS)	Thinking Healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression(2015) ⁵

TABLA 2

Para la identificación de los diagnósticos de enfermería se ha utilizado el libro "NANDA"²¹.

A partir de la información anterior, recogida durante los meses de febrero a marzo de 2017, se elaboró un programa de educación para la salud, dirigido a matronas, para la detección de la depresión perinatal.

DESARROLLO

DIAGNÓSTICO. Análisis y priorización del problema.

Contar con una salud mental y emocional saludable durante el periodo perinatal es igual de importante que preservar un buen estado físico, ya que con ello se consigue disminuir muchos de los problemas y consecuencias futuras en el niño, en la madre y en el vínculo materno-filial, que pueden acarrear trastornos como la depresión. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes durante el periodo perinatal, pues afecta en torno al 20%⁴ de las mujeres durante el embarazo y los tres primeros meses de vida, y entre un 10-15%^{1,2} en todo el posparto. La depresión perinatal resulta complicada de detectar ya que muchos de sus síntomas quedan enmascarados, asociándose a vivencias propias del embarazo.

Es, por tanto, necesario actuar, concienciando de la importancia de este problema de salud y enseñando a detectar de forma precoz la depresión perinatal. Es prioritario que las matronas, que están cerca de las embarazadas, sepan identificar los factores de riesgo y síntomas que caracterizan a la depresión perinatal, así como contar con las herramientas necesarias para su evaluación.

El diagnóstico de enfermería que se hace ante este problema es el siguiente:

- Conocimientos deficientes r/c información insuficiente ²¹.

Por todo lo anterior, este programa se realiza con el propósito de concienciar a las matronas de la importancia de una salud mental saludable en la gestante, y con el fin de darles la oportunidad de mejorar sus conocimientos para un abordaje más íntegro de la salud de las embarazadas y puérperas.

PLANIFICACIÓN

Objetivo general:

- Mejorar los conocimientos de las matronas en el ámbito de la atención psicológica para la detección precoz de la depresión perinatal.

Objetivos específicos:

- Concienciar de la importancia de las emociones durante el periodo perinatal.
- Aprender técnicas de gestión de las emociones en el periodo perinatal: mindfulness.
- Concienciar de la importancia y los beneficios de la detección precoz de la depresión perinatal.
- Aprender a identificar los síntomas de la depresión perinatal.
- Enseñar a identificar los factores de riesgo de la depresión perinatal.
- Exponer las consecuencias que pueden acarrear los trastornos depresivos en el periodo perinatal.
- Conocer redes de apoyo para embarazadas y puérperas a las que poder acudir éstas en caso de padecer trastornos depresivos o con riesgo de padecerlos.
- Aprender a aplicar e interpretar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo durante todo el periodo perinatal.

Por lo tanto los diagnósticos de esta situación siguiendo la taxonomía NANDA son:

- Disposición para mejorar los conocimientos (00161) ²¹
- Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162) ²¹

POBLACIÓN DIANA

Este programa de salud está orientado a las matronas de los centros de atención primaria del Sector Zaragoza II (**Anexo 2**). El Sector Zaragoza II cuenta con 21 centros de atención primaria, por tanto, y si acuden todas, contaremos con la asistencia al programa de 21 matronas.

- FASE DE CAPTACIÓN:

La participación en este programa de salud es voluntaria. Se anunciará en la Intranet del Sector Zaragoza II y se colocarán pósters informativos en los pasillos de los centros de atención primaria de dicho sector (**Anexo 3**). En estos aparecerá un número de teléfono al que la matrona interesada debe llamar y dar su correo, al cual se le enviará un formulario de inscripción que deberá enviar correctamente cumplimentado (**Anexo 4**).

RECURSOS

- Recursos humanos:
 - o **Enfermero/a** formado en psicología perinatal.
- Recursos materiales:
 - o Material proporcionado por el centro de salud:
 - Ordenador
 - Cañón de proyección
 - Sillas
 - Mesas
 - o Material a adquirir:
 - Pizarra blanca
 - Bolígrafos azules (25 unidades)
 - Libretas pequeñas de tapa blanda (22 uds.)
 - Rotuladores de colores (negro y rojo)
 - Posters informativos 50x70 cm (30 uds.)

- Encuestas de satisfacción (25 uds.) y de evaluación de conocimientos DIN A4. (25 uds.)
 - USB 4GB (22 uds.)
- Infraestructura:
- Salón de actos del centro de salud Seminario.

PRESUPUESTO

RECURSOS		EUROS
HUMANOS	Enfermero/a	340
MATERIALES	Pizarra blanca	35
	Bolígrafos azules	10,60
	Libretas	30
	Rotuladores de colores	2
	Pósters informativos	42
	Encuestas	8
	USB	44
		TOTAL: 516,6

ESTRATEGIAS

Se establecerán grupos de 10 matronas para las sesiones con el fin de que el programa sea más dinámico. Este criterio será flexible, pero si hubiera menos de 8 participantes en total, el programa se suspenderá.

En el caso de que matronas, que no pertenezcan al Sector Zaragoza II, se interesen por el programa, se apuntarán sus nombres, sus números de teléfono, y el Sector al que pertenecen, y si son suficientes como para formar grupos de más de 10 participantes, se volverá a repetir el programa en el mes de octubre de 2017.

Las sesiones tendrán lugar en el centro de salud Seminario. En el caso de que por cualquier causa no pudieran celebrarse allí, se harían en el centro de salud Almozara. Si esto ocurriese, se llamaría a las participantes para informarlas.

SESIÓN 1: "Salud mental saludable en el periodo perinatal"

OBJETIVOS	METODOLOGÍA	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RECURSOS	MÉTODOS DE EVALUACIÓN
<p>-Concienciar sobre la importancia de la gestión de las emociones para una salud mental saludable en el periodo perinatal.</p> <p>- Comprender la técnica de Mindfulness para el manejo de las emociones.</p> <p>-Definir la depresión perinatal.</p> <p>-Identificar los factores de riesgo.</p>	<p>-Vídeo introductorio</p> <p>-Charla informativa con proyección de diapositivas</p> <p>-Lección participada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del profesional de salud al cargo de las charlas y bienvenida al curso. • Entrega de una libreta y un bolígrafo a cada participante. • Vídeo introductorio: "Educación emocional desde el útero". (Anexo 5) • Breve comentario del vídeo: estrés y ansiedad como antesala de la depresión, ¿cómo influye? • Emociones saludables: <ul style="list-style-type: none"> – Enseñar a observar las propias emociones: <p>Mindfulness (se aplica la técnica sobre las participantes) (Anexo 6)</p> <p>– Escucha activa en la consulta.</p> <p>DESCANSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión perinatal: ¿por qué debemos hablar de depresión perinatal y no de depresión postparto? • Síntomas de la depresión perinatal. (Anexo 7) • Factores de riesgo de la depresión (Anexo 8) 	<p>Humanos:</p> <p>◊ Enfermero/a a cargo de las sesiones.</p> <p>Materiales:</p> <p>◊ Bolis</p> <p>◊ Libretas</p>	<p>-Tiempo de preguntas y resolución de dudas al final de la sesión.</p>

SESIÓN 2: "Acompañamiento y apoyo como factor protector"

OBJETIVOS	METODOLOGÍA	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RECURSOS	MÉTODOS DE EVALUACIÓN
<p>-Fijar los conocimientos de la primera sesión.</p> <p>-Aprender a identificar y valorar la calidad de la red socio-familiar de las embarazadas</p> <p>-Conocer las consecuencias de la depresión perinatal.</p> <p>-Conocer las redes de apoyo a las que acudir en caso de precisar información adicional o ante la necesidad de derivar a la madre.</p>	<p>-Lección participada: participación de los asistentes al principio de la sesión a modo de repaso.</p> <p>-Charla informativa con proyección de diapositivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Repaso de la sesión anterior:</i> los participantes irán nombrando factores de riesgo de la depresión perinatal que recuerden. El ponente los irá apuntando en la pizarra con el rotulador negro. El factor de riesgo: falta de apoyo socio-familiar se destacará con rotulador rojo, para recalcar su importancia. • Apoyo socio-familiar como factor protector: importancia de la identificación y valoración de las redes de apoyo de la embarazada. <p>DESCANSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la depresión perinatal: ¿cómo afecta a las madres, niños y al vínculo materno-filial? • Redes sociales de apoyo: dónde acudir. (Anexo 9) 	<p>Humanos:</p> <p>◇ Enfermero/a a cargo de las sesiones.</p> <p>Materiales:</p> <p>◇ Rotuladores de colores.</p> <p>◇ Pizarra blanca.</p>	<p>-Tiempo de preguntas y resolución de dudas al final de la sesión.</p>

SESIÓN 3: “Depresión perinatal: la importancia del screening”

OBJETIVOS	METODOLOGÍA	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RECURSOS	MÉTODOS DE EVALUACIÓN
<p>-Aprender a aplicar e interpretar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en el periodo perinatal.</p> <p>-Promover la formación futura en este tema proporcionando fuentes de información accesibles.</p> <p>-Valorar la satisfacción de los participantes ante el programa.</p> <p>-Valorar los conocimientos de las participantes posteriores a la realización del curso.</p> <p>-Resolver todas las posibles dudas.</p>	<p>-Charla informativa con proyección de diapositivas.</p>	<p>• Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): (Anexo 1)</p> <p>-Aplicación durante todo el periodo perinatal: cuándo y cómo presentarla tanto en el embarazo como en el postparto.</p> <p>-Interpretación de resultados. ¿Qué medidas tomar ante el resultado?</p> <p>-¿Cómo afrontar un resultado positivo?</p> <p>• Profundizando en los aspectos psicológicos del periodo perinatal: formación en psicología y psicopatología perinatal(Anexo 10).</p> <p>• Entrega del USB con la información de las sesiones (Anexo 11).</p>	<p>Humanos: ◇Enfermero/a a cargo de las sesiones.</p> <p>Materiales: ◇Encuestas de satisfacción y valoración de conocimiento ◇USB</p>	<p>-Tiempo de preguntas y resolución de dudas al final de la sesión.</p> <p>-Entrega y cumplimentación de la encuesta de valoración de conocimientos y de la encuesta de satisfacción. (Anexo 12 y 13)</p>

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JUNIO 2017					
	05- jun	07- jun	12- jun	14- jun	19- jun	22- jun
Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						

■ Grupo de los **lunes**

■ Grupo de los **miércoles**

EJECUCIÓN

La formación y organización de las sesiones tendrá lugar durante abril y mayo de 2017. Tras ello, se dará comienzo al programa.

El programa se llevará a cabo durante el mes de junio de 2017 y contará con 3 sesiones. La duración total del programa serán tres semanas, por lo que habrá una sesión por semana. Las dos primeras sesiones se planifican para que duren tres horas, y habrá un descanso que intentará coincidir con la mitad de la sesión. La última sesión durará dos horas y media y no tendrá descanso.

Se agrupará a las participantes en dos grupos de 10 (aproximadamente). Las sesiones serán por las tardes. Un grupo irá los lunes y otro grupo irá los miércoles.

Las sesiones tendrán lugar en el salón de actos del centro de salud Seminario.

Antes del comienzo de las sesiones se presentará el enfermero/a que vaya a impartirla y se acordarán ciertas pautas como son: respetar el turno de palabra y la libre expresión de dudas mediante la participación de manera ordenada. Para la resolución de dudas se dispondrá de un tiempo determinado al final de cada sesión.

En la última sesión se le entregará a cada participante un USB con la información más relevante del curso.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En la última sesión del programa se entregará a los asistentes una encuesta de evaluación de conocimientos para valorar lo aprendido durante el programa, y comprobar si ha quedado claro lo que se ha procurado transmitir **(Anexo 12)**.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES

En la última sesión también se entregará a los participantes una encuesta de satisfacción para que las participantes valoren la utilidad y los contenidos del programa, así como al ponente y su método didáctico **(Anexo 13)**.

CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos y la revisión bibliográfica ponen de manifiesto que la depresión perinatal es un problema de salud ante el cual existe una falta de intervención y sobre el cual se debe actuar. También se constata que la actuación precoz puede reducir las complicaciones que la depresión perinatal ocasiona a la madre, al niño y al vínculo entre ambos.

Con la elaboración y puesta en marcha de este programa se puede definir este problema de salud y concienciar a las matronas de la importancia de este trastorno, así como mostrar sus síntomas, sus factores de riesgo y sus complicaciones.

A través del aprendizaje, las matronas pueden aplicar durante todo el periodo perinatal, herramientas de evaluación de la depresión, como es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Y aprender a interpretarlas y a comunicar sus resultados a las mujeres que se someten a ella.

La conclusión final de este trabajo es la importancia de trabajar la depresión perinatal y no solo tener en cuenta la depresión postparto, ya que gran parte de estas últimas se gestan durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dennis C-L, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005 [citado 10 Mar 2017]; 3. Disponible en: <http://www.update-software.com>
2. Carrascón A, Fornés M, García S, Ceña B, Fuentelsaz Gallego C. *Matronas Prof* [Internet]. 2006 [citado 22 Feb 2017]; 7(4):5-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2266030>
3. Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014 Nov [citado 22 Feb 2017]; 25(6):1019-1028. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
4. O`Hara M. Perinatal mental illness: Definition, description and etiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014 Jan [citado 22 Feb 2017]; 28(1): 3-12. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693413001338>
5. World Health Organization. Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: WHO; 2015.
6. Wilkinson EL, O'Mahen HA, Fearon P, Halligan S, King DX, Greenfield G, et al. Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016 [citado 5 Mar 2017]; 17: 156. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804571/>
7. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices M, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Rev Terapias psicológicas* [Internet]. 2013 [citado 6 Mar 2017]; 31(2): 249-261.

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5334148>

8. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Screening for perinatal depression. Committee opinion [Internet]. 2015 [citado 12 Mar 2017]; 125(5): 1268-1271.
9. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 [citado 12 Mar 2017]; 16(72). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820998/>
10. Rodríguez Muñoz M, Olivares M, Izquierdo N, Soto C, y Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. *Rev Clínica y Salud* [Internet]. 2016 [citado 5 Mar 2017]; 27 (3): 97-99. Disponible en:
http://ac.els-cdn.com/S1130527416300433/1-s2.0-S1130527416300433-main.pdf?_tid=169ebea8-3737-11e7-bcd7-00000aabb0f26&acdnat=1494609720_b6f423c4986854f0d5a60736af776cc8
11. Rojas I, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago: MINSAL; 2014.
12. Carmona FJ. Preocupaciones en el embarazo, coping y personalidad en gestantes españolas. Efectos en la sintomatología durante el embarazo [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2011.
13. Antenatal and postnatal mental health. Nice clinical guidelines [Internet]. 2007 [citado 22 Feb 2017]; 45. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54487/>
14. Enfermedad mental perinatal. [Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado](#) [Internet]. 2015 [citado 6 Mar 2017]; 86: 5119-5126. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5218475>

15. [Olhaberry](#) M, [Romero](#) M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Rev Summa Psicológica UST [Internet]. 2015 [citado 6 Mar 2017]; 12(1): 77-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
16. De Molina-Fernández I, Rubio-Rico L, Roca-Biosca A, Jiménez-Herrera M, De la Flor-López M, Sirgo A. Ansiedad y medios de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2015 Jun [citado 1 Mar 2017]; (13): 17-24. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
17. Berlanga S, Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM. Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. Rev Atención Primaria [Internet]. 2013 [citado 6 Mar 2017]; 45(8): 409-417. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001315>
18. Muñoz LA, Sánchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 12 Mar 2017]; 21(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0913.pdf
19. Román MR, Molina A, Rodríguez M. Motivos de preocupación en la mujer durante el periodo prenatal inmediato. En: Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional - I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud. Granada: Rev Paraninfo Digital; 2014; 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/076.pdf>
20. Martínez JM. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2012.
21. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier; 2012-2014.

ANEXOS

ANEXO 1. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. (EPDS)

Como hace poco Ud. 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 siete días.	
EN LOS ÚLTIMOS SIETE 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 mi 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

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Explicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):
Es el instrumento de tamizaje para depresión comúnmente usado durante el postparto y también durante la gestación, en todo el mundo. Es una encuesta auto administrada, desarrollada por Cox y colaboradores (1) en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar

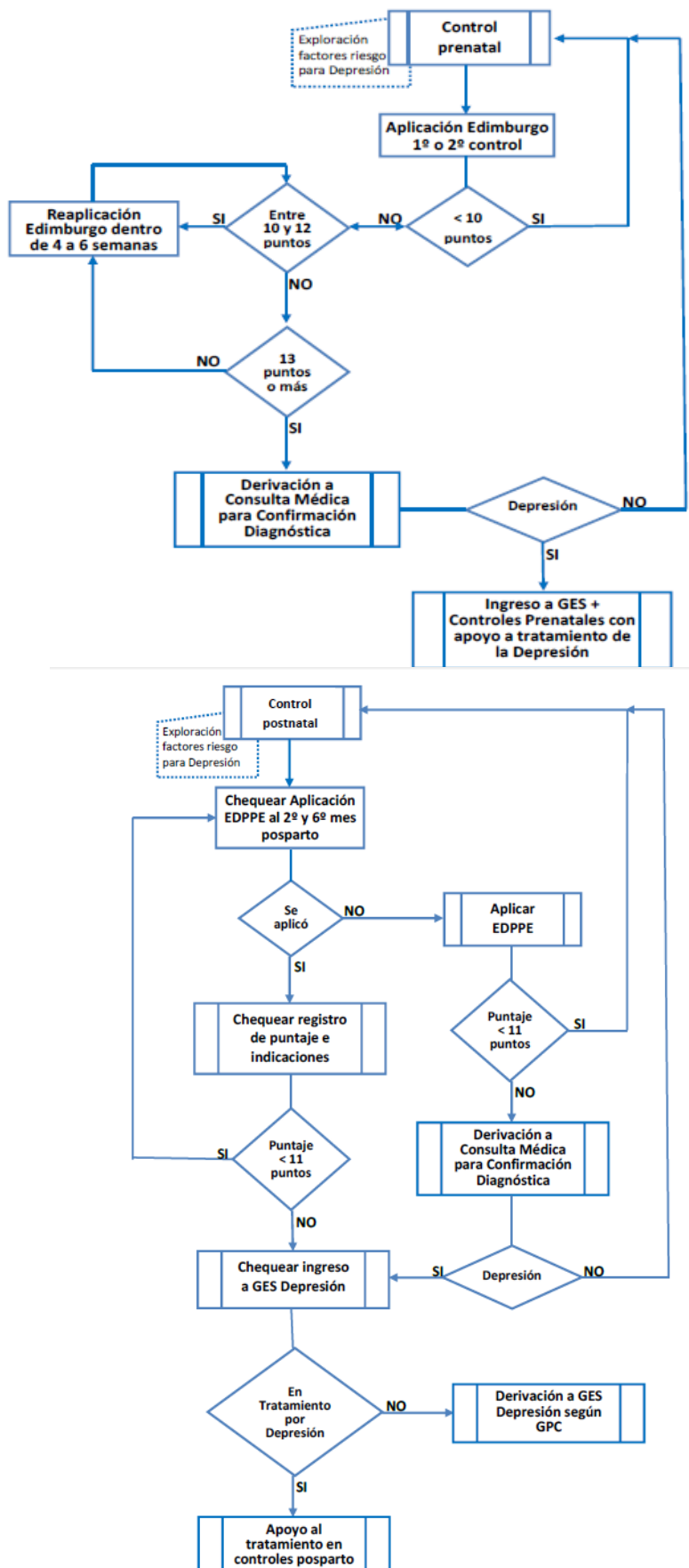
síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple con cuatro alternativas, cada una puntuadas de 0 a 3, de acuerdo a severidad creciente de los síntomas.

En Chile esta versión se ha validado para ser usada en el postparto (2) y, recientemente, en el embarazo (3). Para el postparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión postparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el embarazo).

Fuente: Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 Nov [citado 22 Feb 2017]; 25(6):1019-1028. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>

ALGORITMO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL A TRAVÉS DE LA EPDS



Nombre instrumento	Período aplicación	Rango de edad	Puntaje de corte	Momento aplicación
Escala de Edimburgo	Embarazo	18 años y más	12/13	Segundo control
	Posparto	No descrito	9/10	2 y 6 meses

Fuente: Rojas I, Dembowski N, Borghero F, González M. **Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento.** Santiago: MINSAL; 2014. .

Información básica sobre la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS):

- Ese trata de una escala sencilla, que cuenta con 10 ítems, y que se rellena en poco más de 5 minutos.
- La paciente debe rodear la respuesta que más se adecue a cómo se sintió en los **siete días anteriores**.
- Todos los ítems deben ser rodeados.
- Al principio, la EPDS se usaba solo en el posparto. A día de hoy se ha comprobado que resulta efectiva durante todo el periodo perinatal, incluido el primer trimestre de embarazo.
- En el posparto, el mejor momento para aplicar la EPDS es a las ocho semanas tras el parto, pues éste es el periodo de máxima incidencia de la depresión posparto.
- Pueden surgir preguntas en las pacientes que hacen referencia al porqué se les hace completar la EPDS. Sobre todo en madres aprensivas, con inseguridades o miedos, hay que dejar claro el propósito de esta escala, que no es otro que un cribado para detectar posibles trastornos y minimizar sus consecuencias. Esta evaluación no se hace porque se crea que tienen un problema, es precisamente para prevenirlo o tomar medidas en caso de que se detecte.
- Posibles modos de introducir la escala:

- **Periodo prenatal**

"Me gustaría hablar contigo para saber cómo te sientes desde que estás embarazada. Por favor, rellene esta breve encuesta"

"Ya que estás en el tercer trimestre de tu embarazo y el part cada vez está más cerca, me gustaría comprobar y escuchar cómo te sientes últimamente. Por favor, tómate unos minutos para contestar estas preguntas"

- **Periodo postnatal**

"Ahora que has tenido a tu bebé, me gustaría saber cómo te sientes y cómo has estado lidiando con esta nueva situación. Por favor , contéstame a estas preguntas"

- En el caso de que presenten indicios de depresión, hay que explicarles que hay más mujeres a las que les ocurre, que con el embarazo aumentan sus sentimientos de ansiedad, estrés, tristeza, dudas ante los cambios y la nueva situación,... Hay que dejar claro que: **"eso no significa que seas una mala madre o que vayas a serlo"**
 - Mostrar las posibles soluciones a la madre (psiquiatra, psicólogo,...dependiendo del grado de gravedad de la depresión de la madre) "Vamos a hablar con alguien más de tus sentimientos. Esa persona (psicólogo, psicoterapeuta,...) te ayudará a mejorar tu salud y además proteger la de tu bebé".
 - En el caso de que no quisieran acudir a lo que se les propone en caso de posible depresión: decirles que eso puede repercutir en ella pero también en el bebe (hablar con ellas de las complicaciones)
 - Si dice que si a la pregunta 10 (suicidio) derivar al servicio de salud mental lo antes posible. Llamar a algún familiar o persona de apoyo, para acompañar a la paciente y para asegurarse de que ésta acude.

- Si la paciente refiere riesgo de depresión o se esta adentrando en ella (cuadros menores) promover terapias alternativas, cambios en el habito de vida como puede ser: más descanso, más relajación, hacer ejercicio (apuntarse a yogas, pilates, y otros deportes compatibles con el embarazo), cambiar la dieta,...

Fuente: *Perinatal depression screening: Tools for Obstetrician-Gynecologist (American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG)*

ANEXO 2. Lista de centros de atención primaria Sector Zaragoza II.

Nombre Centro de Atención Primaria	Dirección Centro de Atención Primaria	C.P	Localidad
Almozara	Avda. Autonomía, 5	50003	Zaragoza
Campo de Belchite	Portal de la Villa, 3	50130	Belchite
Canal Imperial - San José Sur	Paseo Colón, 4	50008	Zaragoza
Canal Imperial - Venecia	Paseo Colón, 4	50008	Zaragoza
Casablanca	Viñedo Viejo, 10	50009	Zaragoza
Fernando el Católico	Domingo Miral, s/n	50009	Zaragoza
Fuentes de Ebro	Pº del Justicia de Aragón, 89	50740	Fuentes de Ebro
Las Fuentes Norte	Dr. Iranzo, 89	50002	Zaragoza
Muñoz Fdez.- Miraflores	Pº Sagasta, 52	50008	Zaragoza
Muñoz Fdez.- Ruiseñores	Pº Sagasta, 52	50008	Zaragoza
Parque Roma	Parque Roma A-6	50009	Zaragoza
Puerta del Carmen	Pº Maria Agustín, 12-14	50004	Zaragoza
Rebolería	Plaza de Rebolería, s/n	50002	Zaragoza
San José Centro	Santuario de Cabañas, 16	50013	Zaragoza
San José Norte	Santuario de Cabañas, 16	50013	Zaragoza
San Pablo	Aguadores, 7	50003	Zaragoza
Sástago	Mayor, 75	50780	Sástago
Seminario	Condes de Aragón, 30	50009	Zaragoza
Torre Ramona	Petunia, 2	50013	Zaragoza
Torrero - La Paz	Soleimán, 11	50007	Zaragoza
Valdespartera	Ventana Indisoreta, 1	50019	Zaragoza

Fuente: <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/indice/buscar-centro/>

ANEXO 3. Póster informativo.



ANEXO 4. Formulario de inscripción.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Nombre	
Apellidos	
Fecha de nacimiento	
Centro de salud en el que trabajas	
Número de colegiado	
Día de preferencia*	LUNES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/>
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	

*El día de preferencia será un dato orientativo y a tener en cuenta, pero no se asegura poder respetar este dato. Se informará más delante del día correspondiente para acudir a las sesiones.

- Mandando este formulario de inscripción al correo: prperinatal@gmail.com me comprometo a acudir a las tres sesiones del programa.

ANEXO 5.

Material audiovisual: “Educación emocional desde el útero”. Programa

Redes: Edward Punset. Disponible en:

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-educacion-emocional-desde-utero-materno/598988/>

ANEXO 6. Técnicas básicas de Mindfulness.

Mediante la práctica, en 3 min, de mindfulness, podemos de forma rápida desconectar el piloto automático y conectar con el momento presente. Lo intentaremos siempre que nos encontremos a nosotros mismos bajo presión o con necesidad de aliviar el estrés. Incluso unos pocos segundos de mindfulness pueden ayudar a manejar el estrés y la tensión.

Método:

1. Siéntate cómodo en la silla. Cierra tus ojos y pregúntate a ti mismo: ¿qué está pasando dentro de mí en este momento?

2. Date cuenta de cualquier pensamiento, sentimiento y sensación física que estés sintiendo, simplemente

3. Reconócelos y acéptalos, aunque sean desagradables, más que intentar cambiarlos.

4. Permanece con tus pensamientos y emociones durante un rato, y entonces tranquilamente focaliza tu atención en la respiración, sigue cada inhalación y exhalación como fluctúa rítmicamente de una a otra. Si tu mente divaga de forma tranquila, vuélvela a llevar a tu respiración.

5. Finalmente, expande tu conocimiento incluyendo todo tu cuerpo, date cuenta de tu postura, expresión facial y cualquier sensación física presente.

6. Ahora abre tus ojos, tú puedes sentirte más calmado y estable para continuar tu día.

Ejemplo práctico:

Siéntate durante un minuto y focaliza completamente tu atención en la respiración. No pienses en nada más, solo en cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. La mayoría de la gente encuentra que su atención normalmente se va de su respiración, es muy difícil sentarte quieto y mantener la mente totalmente centrada.

*¿Qué clase de pensamientos pasan por tu mente durante este corto período de tiempo? Date cuenta de la amplia variedad de pensamientos que tienes. ¿Tenías como una cadena de pensamientos sobre una situación determinada? ¿Te llevó tiempo darte cuenta de lo que estaba ocurriendo? ¿Fuiste capaz de que tu mente volviera a la respiración? ¿O simplemente te dejaste vagar de pensamiento a pensamiento? **¿Cuánto tiempo de tu vida has perdido a causa de que la atención estaba centrada en un «diálogo» mental que no te ayudaba?***

Fuente: Ibáñez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). Semergen [Internet]. Nov 2013 [citado 15 Mar 2017]; 40(1): 34-41. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313002207>

ANEXO 7. Síntomas de la Depresión Perinatal.

Tabla N° 1 Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.</p> <p>C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p>
<p>Síndrome Somático</p> <p>Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).</p> <p>Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras. (2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional. (3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual (4) Empeoramiento matutino del humor depresivo. (5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas) (6) Pérdida marcada de apetito (7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes) (8) Notable disminución de la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. CIE-10 OMS.

TABLA 2. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR*
<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o • Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta
OTROS SÍNTOMAS QUE PUEDEN PRESENTARSE:
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga o falta de energía • Inquietud o sensación de enlentecimiento • Sentimientos de culpa o minusvalía • Dificultades para concentrarse • Alteraciones del sueño • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

*Modificado de referencias 10 y 11.

Fuente: Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 Nov [citado 22 Feb 2017]; 25(6):1019-1028. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>

ANEXO 8. Factores de riesgo de la depresión perinatal.

Box 1. Risk Factors for Perinatal Depression ↵

Depression during pregnancy:

Maternal anxiety
Life stress
History of depression
Lack of social support
Unintended pregnancy
Medicaid insurance
Domestic violence
Lower income
Lower education
Smoking
Single status
Poor relationship quality

Postpartum depression:

Depression during pregnancy
Anxiety during pregnancy
Experiencing stressful life events during pregnancy or the early postpartum period
Traumatic birth experience
Preterm birth/infant admission to neonatal intensive care
Low levels of social support
Previous history of depression
Breastfeeding problems

Fuente: The American College of Obstetricians and Gynecologist. Screening for perinatal depression. Committee opinion [Internet]. 2015 [citado 12 Mar 2017]; 125(5): 1268-1271.

- | |
|--|
| • Historia de depresión, especialmente perinatal |
| • Embarazo no deseado |
| • Conflicto en la relación de pareja |
| • Ausencia de pareja |
| • Estrés psicosocial |
| • Nivel socioeconómico bajo |
| • Deficiente apoyo social |

Fuente: Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 Nov [citado 22 Feb 2017]; 25(6):1019-1028. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>

ANEXO 9. Redes sociales de apoyo:

Es importante que las matronas conozcan algunas redes sociales y organismos a los que pueden acudir en busca de información y resolución de dudas que puedan surgir acerca de la depresión perinatal, y dónde puedan derivar a las gestantes, en caso de que éstas necesiten un trato más específico.

REDES SOCIALES DE APOYO

Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP) <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/>

GUÍA OMS: "THINKING HEALTHY: A manual for psychosocial management of perinatal depression" <http://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>

Sociedad Marcé Española de Salud Mental (MARES) <http://www.sociedadmarce.org/>

ANEXO 10. Información de interés para formación futura.

La [Formación en Salud Mental Perinatal Terra Mater](#) es una iniciativa de [Ibone Olza](#) e [Isabel Fernández del Castillo](#), cofundadoras de la asociación El parto es Nuestro (2003). Ambas han colaborado con las instituciones

[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [FORMACIÓN](#) [JORNADA](#) [TESTIMONIOS](#) [PROFESIONALES](#) [NOTICIAS](#) [CONTACTO](#) [MAMÁ IMPORTA](#) [f](#)



Curso de Psicología y Psicopatología del Nacimiento

¿Qué sucede en la psique de la mujer durante el parto? ¿Existe un proceso psicológico común a todos los partos? ¿Qué percibe o siente el bebé? ¿Es cierto que el cómo nacemos deja una huella profunda en todos nosotros?

[Más información](#)



Curso de Psicología y Psicopatología del Embarazo

Las últimas investigaciones han puesto de relieve la gran influencia que el estado emocional de la madre tiene sobre el desarrollo del bebé y su salud mental. Sin embargo, hoy es difícil vivir un embarazo con tranquilidad.

[Más información](#)



Curso de Psicología y Psicopatología del Posparto

El posparto no es una experiencia idílica. La pérdida de la red social, el desconocimiento, la falta de experiencia en cuidar la vida favorecen que pueda ser un momento de dificultades personales o familiares y de gran sufrimiento.

[Más información](#)

sanitarias en la reforma de la atención obstétrica desde los inicios que dieron lugar a la Estrategia de Atención al Parto Normal. En esta página web puedes encontrar cursos de psicología y psicopatología en el periodo perinatal. La página web oficial es: <http://saludmentalperinatal.es/>

Las matronas, como profesionales especializadas en la atención al embarazo sano, parto y puerperio, se encuentran en una posición privilegiada para la prevención y detección temprana de los trastornos mentales perinatales. La adecuada valoración psicosocial de cada gestante, la identificación de los puntos de apoyo así como los factores de riesgo, y la capacidad de desarrollar planes de cuidados individualizados desde la salutogénesis, son claves para potenciar el bienestar psicológico de las madres.

ANEXO 11. CONTENIDO DEL USB

SALUD MENTAL SALUDABLE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL			
Nueva carpeta			
Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
S1.Síntomas y factores de riesgo de depresión perinatal	21/05/2017 19:29	Carpeta de archivos	
S1.Técnicas mindfulness	21/05/2017 19:27	Carpeta de archivos	
S1.VídeoEducación emocional desde el útero...	21/05/2017 19:27	Carpeta de archivos	
S2. Redes de apoyo	21/05/2017 19:29	Carpeta de archivos	
S3. Cursos de formación	21/05/2017 19:30	Carpeta de archivos	
S3.Escala de Depresión Posnatal Edimnb...	21/05/2017 19:29	Carpeta de archivos	

ANEXO 12. Encuesta de evaluación de conocimientos.

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

1. El término depresión perinatal se usa para hablar de los cuadros mayores y menores de depresión que aparecen durante el embarazo y los dos primeros años de vida del bebé:

VERDADERO

FALSO

2. El estrés y la ansiedad están estrechamente relacionados con la depresión:

VERDADERO

FALSO

3. La depresión perinatal presenta síntomas completamente diferentes a los de una depresión en cualquier otro ciclo de la vida:

VERDADERO

FALSO

4. El embarazo no deseado no se considera un factor de riesgo de padecer depresión perinatal.

VERDADERO

FALSO

5. Una mujer de 45 años tiene más probabilidades de padecer depresión en el periodo perinatal:

VERDADERO

FALSO

6. No existe relación entre que un bebé nazca de forma prematura y que su madre padezca depresión perinatal:

VERDADERO

FALSO

7. Si la madre presenta depresión perinatal, el vínculo materno-filial se ve afectado:

VERDADERO

FALSO

8. Si una embarazada padece trastornos del sueño y labilidad emocional, podemos afirmar que padece depresión perinatal:

VERDADERO

FALSO

9. La obtención de puntuaciones más altas en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo significa que la paciente no padece o no tiene riesgo de padecer depresión perinatal:

VERDADERO

FALSO

10. La EPDS presenta 10 ítems y en el embarazo solo se puede usar en el tercer trimestre:

VERDADERO

FALSO

11. Si en la pregunta 10 de la EPDS la puntuación es cero, se deberá derivar a la mujer a un especialista de salud mental:

VERDADERO

FALSO

12. La depresión perinatal es un trastorno mental que solo afecta a madres primerizas:

VERDADERO

FALSO

13. En la EPDS, la mujer debe rodear la opción que más se adecúe a como se sintió en los 15 días anteriores:

VERDADERO

FALSO

14. El mejor momento para aplicar la EPDS en el posparto es en la octava semana tras el parto:

VERDADERO

FALSO

15. The American College of Obstetricians and Gynecologist recomiendan hacer al menos un cribado de la salud mental de la madre durante el periodo perinatal:

VERDADERO

FALSO

Resultados: 1)F, 2)V, 3)F, 4)F, 5)V, 6)F, 7)V, 8)F, 9)F, 10)F, 11)F, 12)F, 13)F, 14)V, 15)V

ANEXO 13. Encuesta de satisfacción.

Título de la actividad

Fecha de celebración

Lugar de celebración



Desarrollo profesional en salud
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones clínicas y de cuidados

El siguiente cuestionario pretende conocer cuál es tu opinión acerca del desarrollo de la formación en la que has participado, con el objetivo de identificar elementos de mejora.

Indica la opción que te parezca más adecuada, teniendo en cuenta que 0 es el "grado más bajo de satisfacción o estar totalmente en desacuerdo" y 10 el "grado más alto de satisfacción o estar totalmente de acuerdo".

Nota sobre la privacidad

Esta encuesta es anónima. Existe un proceso de anonimización para cualquier dato identificativo que pueda preguntarse específicamente. No obstante, si desea identificarse, puede completar el siguiente campo con su nombre y apellidos.

Nombre y apellidos:

Género:

Utilidad

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
1. Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenía en relación a la sesión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Los contenidos desarrollados durante la sesión han resultado útiles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Las conclusiones o resultados obtenidos en la sesión son de aplicabilidad directa a mi práctica profesional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Metodología

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
4. La metodología didáctica empleada por los/as docentes ha sido adecuada para el desarrollo óptimo de la sesión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Equipo docente

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
5. En general estoy satisfecho con la participación de la/s persona/s que ha/n intervenido como docente/s.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Docente 1

Capacidad docente 1

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
6. El/la docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos con un adecuado manejo de la expresión verbal y no verbal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. El/la docente ha mostrado tener dominio de los contenidos que ha expuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. El/la docente ha logrado implicar a los participantes en el desarrollo de la sesión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones clínicas y de cuidados

Organización												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
9. En general, la organización logística ha contribuido al desarrollo óptimo de la sesión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfacción general												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sin respuesta
10. En general, estoy satisfecho/a con el desarrollo de la sesión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias/Observaciones											

Fuente: Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones clínicas y de cuidados; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2012.

