



Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA DE SALUD PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

HEALTH PROGRAM FOR EARLY DETECTION AND PRE-
VENTION OF POSTPARTUM DEPRESSION IN PRIMARY
CARE

Autor/a:

Irati Apesteguía Tomás

Director/es:

Pablo Jorge Samiter

Facultad/ Escuela:

Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud.
Grado de Enfermería

Año:

2019/2020

ÍNDICE

RESUMEN	4
Introducción.....	4
Objetivo.....	4
Metodología	4
Conclusiones	4
Palabras Clave.....	5
ABSTRACT	6
Introduction	6
Objective	6
Methodology	6
Conclusions.....	6
Keywords.....	6
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	13
Objetivo General.....	13
Objetivos específicos	13
METODOLOGÍA.....	14
Programa de Salud.....	14
Búsqueda Bibliográfica.....	14
DESARROLLO	19
Objetivos del programa	19
Objetivo General	19
Objetivos específicos	19

Población diana 19

Actividades	21
Sesiones	23
Resultados Esperados.....	26
Resultados a corto plazo	27
Resultados a largo plazo	27
Evaluación del programa.....	27

CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
Anexo I	33
Criterios del Manual DSM-5 para el Trastorno depresivo	33
Anexo II	34
Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)	34
Anexo III	36
Cuestionario inicial Y final de conocimientos de la DPP (Elaboracion propia)	36
Anexo IV.....	37
Cuestionario de satisfacción (Elaboración propia).	37
Anexo V.....	38
Cuestionario para la determinación de Factores de Riesgo (Elaboración propia)	38
Anexo VI.....	38
Escala de autoestima de Rosemberg.....	39

RESUMEN

Introducción

Durante el periodo perinatal las madres experimentan gran estrés psicológico, que puede desencadenar en episodios depresivos como la disforia, la depresión y la psicosis.

La depresión posparto es definida como un trastorno depresivo mayor. Hasta el momento no se conocen las causas y únicamente se han observado factores de riesgo y elementos protectores. A pesar de ser el desorden psiquiátrico posnatal más prevalente, la mayoría de las mujeres no reciben tratamiento. Lo que conlleva a que los síntomas se intensifiquen y que el problema se convierta en un padecimiento crónico, comprometiendo la calidad de vida de la mujer, infante y familia.

El personal de enfermería es relevante en la detección y prevención de la DPP, ya que es quien tiene la posibilidad de pasar más tiempo con la paciente.

Objetivo

Detectar a las mujeres con factores de riesgo y prevenir la aparición de sintomatología depresiva.

Metodología

Diseño de un Programa de Salud, a través de una intervención educativa, destinada a la prevención y detección temprana de la DPP. Se centra tanto en reducir el estrés y la baja autoestima de la mujer, como en aumentar el apoyo social y lactancia materna.

Para ello se realiza una revisión bibliográfica obteniendo información de las distintas bases de datos a partir de las palabras clave.

Conclusiones

Un diagnóstico temprano supone una mejora en el tratamiento y el pronóstico de la DPP, objetivo que se puede lograr gracias a la intervención enfermera.

Palabras Clave

“Depresión Posparto”; “Postpartum Depression”; “Prevención”; “Enfermería”; “Embarazo”; “Atención prenatal”.

ABSTRACT

Introduction

During the perinatal period, mothers experience great psychological stress, which can lead to depressive episodes, such as dysphoria, depression and psychosis.

Postpartum depression is defined as a major depressive disorder. Until now, the causes are unknown and only risk factors and protective elements have been observed.

Despite being the most prevalent post-natal psychiatric disorder, most women do not get treatment. As a result, the symptoms intensify and the problem becomes a chronic condition, compromising the quality of life of the woman, child and family.

Nurses are relevant in the detection and prevention of PPD, because they are the ones who can spend the most time with the patient.

Objective

To detect women with risk factors and prevent the appearance of depressive symptoms.

Methodology

Design of a Health Program, through an educational intervention destined to the prevention and early detection of PPD.

It focuses both on reducing stress and low self-esteem in women, and on increasing social support and breastfeeding.

To this end, a bibliographic review is carried out, obtaining information from the various databases on the basis of key words.

Conclusions

Early diagnosis leads to improved treatment and prediction of PPD, a goal that can be met through nursing intervention.

Keywords

"Postpartum Depression"; "Prevention"; "Nursing"; "Pregnancy"; "Prenatal Care".

INTRODUCCIÓN

La maternidad es considerada socialmente una etapa de plenitud, en el que la mujer se siente realizada. Desafortunadamente la realidad es menos grata, porque además de los cambios físicos y biológicos, las madres también experimentan un brusco cambio en su estilo de vida, en sus rutinas y en sus relaciones sociales. Asimismo, la responsabilidad de cuidar un bebé junto con una constante falta de sueño, asociada a este periodo, supone un gran estrés psicológico, que puede desencadenar en trastornos mentales, entre los que están los episodios depresivos (1).

Las alteraciones del estado de ánimo en la mujer representan un problema de salud pública, debido a su alta frecuencia a nivel mundial, a la gran discapacidad que ocasiona y a la pérdida de calidad de vida, de la mujer, del recién nacido y de su entorno(2).

En relación a la salud mental de las puérperas, no siempre es fácil diferenciar el posparto normal del asociado a sintomatología depresiva. La razón es que dentro del puerperio normal también se pueden encontrar alteraciones en el patrón de sueño, apetito, libido, fatiga...(3).

Los episodios depresivos posparto pueden formar parte, en orden creciente de gravedad, de cualquiera de las siguientes entidades nosológicas: disforia posparto, depresión posparto y psicosis posparto(4).

La disforia posparto o tristeza posparto (*postpartum blues*) es un trastorno leve y transitorio, que no altera la capacidad de disfrutar de la madre ni tampoco de su nivel habitual de funcionamiento. Se puede encontrar fatiga, tendencia al llanto, ansiedad y, a veces, ánimo depresivo. Su prevalencia es alta, entre el 40-60% de las madres la sufren en los primeros días tras el parto. Por lo general remite a los pocos días, sin necesidad de tratamiento. La causa de la disforia es desconocida, pero se presupone que el principal factor etiológico es hormonal. Si el estado disfórico se prolonga más allá de una semana, es oportuno considerar la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión posparto (3,4) . O'Hara y Swain observan que

un 25 % de estas mujeres desarrollan posteriormente depresión posparto, por lo que requieren seguimiento (5).

La psicosis posparto tiene una incidencia baja, entre el 0.1 a 0.2%; pero su presentación es dramática y se la considera una emergencia psiquiátrica. Después de un período asintomático se desarrolla un cuadro clínico cambiante; en diferentes momentos del día puede asemejarse a un delirium (con compromiso de conciencia, perplejidad y confusión), a manía (hiperactividad, agitación y apresuramiento del hablar), a depresión, o a esquizofrenia (preocupaciones de tipo religioso, alucinaciones e ideas delirantes paranoides). Generalmente, la psicosis posparto comienza en las primeras semanas posparto y dura dos o tres meses. Es más común en primíparas. Sin embargo, una vez que una madre ha sufrido una psicosis puerperal, la probabilidad de recidiva después de nuevos partos es alta, en algunos estudios de hasta 90% (3,4).

La depresión posparto o posnatal (DPP) es definida, por la comunidad psiquiátrica, como un trastorno depresivo mayor (2,6). Su prevalencia, a nivel mundial, varía entre el 10% y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (7). La fluctuación de la prevalencia depende, en gran medida, de los diseños metodológicos usados en cada estudio (instrumentos de tamizaje, punto de corte para la detección), de los tamaños muestrales, de los criterios diagnósticos utilizados y del área geográfica seleccionada.

Hasta el momento, no se conocen las causas de la DPP y únicamente se han podido observar factores de riesgo (tabla 1) y elementos protectores (tabla 2)(8,9).

Los indicadores de riesgo más sólidos para el desarrollo de DPP son la presencia de patología psiquiátrica en la familia y la manifestación de crisis de ansiedad y/o depresión previa en la mujer, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo (10).

Se sabe que alrededor del 50% de los episodios de DPP comienzan en el embarazo. En 2013, la versión DSM-V, recogió este avance, y en los crite-

rios para la depresión mayor, sustituyó el antiguo especificador “de comienzo en el posparto” por el especificador “con inicio en el periparto”(6,11); quedando definida como un estado depresivo mayor de inicio en el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto. Aunque, según varios expertos en la mayoría de los casos los síntomas no se presentan inmediatamente después del alumbramiento, sino que alcanzan su máxima intensidad entre las ocho-doce semanas (3), pudiendo persistir durante gran parte del año posparto e incluso hasta los tres o cuatro años siguientes, especialmente si la mujer no recibe el tratamiento adecuado (12).

En cuanto a las variables sociodemográficas, estas han resultado ser inconsistentes, aunque las parturientas con edades extremas y las que presentan un nivel socioeconómico bajo se han asociado a una mayor prevalencia (2,7).

En término de factores etiológicos hormonales, no se cuenta con evidencia científica, que indique a alguna hormona en particular. Por otra parte, la disminución brusca de hormonas, probablemente, contribuye al desarrollo de la depresión en mujeres con una sensibilidad especial frente a estos cambios hormonales normales del puerperio (3).

Tabla 1. Factores de riesgo de DPP (8,9)

- Patología psiquiátrica en la familia
- Manifestación de crisis de ansiedad o depresión previa en la mujer, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo
- Eventos vitales adversos
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Apoyo social deficiente
- Falta de información y/o desconocimiento del proceso de embarazo o parto
- Sufrimiento de violencia obstétrica durante el embarazo y parto
- Complicaciones obstétricas
- Expectativas poco ajustadas a la realidad sobre la vida con el bebé
- Discordia marital
- Disforia posparto

- Embarazo no deseado
- Edades extremas (adolescentes y primíparas añosas)
- Nivel socioeconómico bajo
- Paridad

Así como se han descrito multitud de factores de riesgo, también se han descrito una serie de elementos protectores, asociados a la disminución del riesgo, especialmente la lactancia materna (tabla 2)(2,13,14).

Tabla 2. Factores protectores de depresión posparto (2,13,14)

- Niveles elevados de autoestima maternal
- Estilos cognitivos positivos
- Buenas relaciones de pareja
- Participación religiosa
- Percepción materna de apoyo en tareas del hogar y de crianza
- Alimentación del bebé con lactancia maternal.

Los principales síntomas la DPP, corresponden a los que marca el DSM-V para el trastorno Depresivo Mayor (anexo I). Anudado a estos, también se pueden presentar otros síntomas como se muestran en la tabla 3 (3,15).

Tabla 3. Síntomas depresión posparto (3,15)

- Irritabilidad
- Angustia
- Labilidad emotiva con tendencia al llanto después de los 7-10 días posparto
- Alteraciones del sueño atribuible al cuidado del neonato
- Fantasías o temor de hacerle daño al bebé
- En los casos más graves pueden mostrar indiferencia por el hijo o rechazo

A pesar de ser el desorden psiquiátrico posnatal más frecuente está todavía asociada a un cierto desconocimiento, por lo que estas madres al no contar con una evaluación y asesoramiento oportuno no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto conlleva a que los síntomas se intensifiquen y que el problema se convierta en un padecimiento crónico, viéndose comprometida la calidad de vida de la mujer, recién nacido, pareja y familia(16).

Diversos estudios afirman que la DPP no tratada conlleva graves consecuencias, puesto que afecta negativamente al vínculo materno-filial y al desarrollo emocional, conductual y cognitivo del infante. Aparte, genera discordancias familiares y una gran discapacidad y sufrimiento en la madre.

La DPP es un trastorno temporal que tiende a la cronicidad, de forma que es importante un abordaje temprano. Pese a ello, solo un 23% de todas las mujeres afectadas reciben ayuda psicológica(17).

Estos hechos invitan a reflexionar sobre cómo se podría mejorar la salud de estas mujeres con un adecuado abordaje biopsicosocial y un trabajo multidisciplinar por parte de los profesionales sanitarios.

El personal de enfermería, especialmente el de la matrona, es relevante en la detección y prevención de la DPP, ya que es quien tiene la posibilidad de pasar más tiempo con la paciente, pudiendo crear un vínculo que le permita conocer mejor su situación personal, identificando factores de riesgo y trabajando desde la prevención (12).

A partir de estas razones, es necesario organizar este proyecto educativo, pudiendo resultar útil para mejorar las debilidades del sistema sanitario.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un Programa de Salud dirigido a la prevención y detección precoz de la Depresión Posparto.

Objetivos específicos

- Identificar los principales factores de riesgo y elementos protectores, asociados a la DPP.
- Establecer medidas de detección, prevención y valoración continua en las mujeres de riesgo.
- Hallar evidencia científica de intervenciones similares por parte de enfermería que hayan funcionado.

METODOLOGÍA

Búsqueda Bibliográfica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica (tabla 4) y se contó con la colaboración experta de Laura Sola, que aportó su experiencia como matrona y enfermera especialista en salud mental.

La revisión bibliográfica la realicé entre los meses de enero y abril del 2020, en diferentes bases de datos y utilizando lenguaje estandarizado según los DeCS: “Depresión Posparto”; “Postpartum Depression”; “Prevención”; “Enfermería”; “Embarazo”; “Atención prenatal”.

Los limitadores de búsqueda fueron: español e inglés; entre los años 2010-2020 (3 de los artículos empleados son anteriores al 2010; se escogieron por su importancia y vigencia); con acceso a texto completo; y el operador booleano AND.

Tabla 4. Metodología de búsqueda bibliográfica (Elaboración propia)

Páginas webs Oficiales consultadas			
Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM)			
Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal			
Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V			
Consejo General de Psicología de España (COP)			
Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)			
Ministerio de Sanidad de España			
Bases de Datos	Artículos encontrados	Artículos Seleccionados	Artículos empleados
ScienceDirect	48	3	1
Scielo	20	8	2

Google Académico	372	25	8
NCBI	11	5	2
Consejo General de Psicología de España	-	4	4
Ministerio de Sanidad del Gobierno de España	7	2	2
Enfermería21 (GRUPO PARADIGMA)	23	7	1
Mediagraphia	-	2	2
Federación de Asociaciones de Matronas de España	4	3	1
NNNConsult	1	1	1
DSM-V	-	-	1

Se utiliza la herramienta NNNConsult, disponible en: <http://www.nnnconsult.com>, para determinar los Diagnósticos Enfermeros NANDA, NOC y NIC acordes al programa y serán utilizados en las mujeres incluidas en el programa aparecen (tabla 5). Los diagnósticos fueron seleccionados de acuerdo a los factores de riesgo y factores protectores en los el programa de salud se centra. Las intervenciones de cada una de las sesiones se basan en los NIC.

Tabla 5. DxE NANDA, NOC, NIC (Elaboración propia)

NANDA	NOC	NIC
[00214] Discomfort	[1862] Conocimiento: manejo del estrés	[5880] Técnica de relajación
[00069] Afrontamiento	[1800] Conocimiento:	[5244] Asesoramiento

ineficaz	lactancia materna	en la lactancia
[00153] Riesgo de baja autoestima situacional	[1302] Afrontamiento de problemas	[5270] Apoyo emocional
[00057] Riesgo de deterioro parental	[1806] Conocimiento: recursos sanitarios	[5510] Educación para la salud

Programa de Salud

La metodología empleada es el diseño de un Programa de Salud, a través de una intervención educativa.

Un abordaje apropiado de la DPP exige una mayor valoración de los aspectos psicológicos y sociales de la gestante durante sus controles prenatales, al ser una patología con posible inicio en la gestación (6).

Se diseña un cuestionario con varios factores de riesgo (CFR) (anexo 5), con el fin de obtener y registrar la información necesaria para determinar mejor el grado de riesgo de cada embarazo y para posteriores estudios. La alta prevalencia de DPP, en adolescentes y en mujeres con nivel socioeconómico bajo, hace que sean dos factores a tener muy en cuenta por la profesional.

Sin embargo, muchos de estos factores no son modificables (nivel socioeconómico, edad, paridad, genética...), pero se han identificado dos relacionados con el comportamiento de las gestantes y puérperas en relación a la aparición de la DPP, como son el estrés y la baja autoestima. Y otros dos elementos protectores, la lactancia materna y el apoyo social percibido por la paciente.

La valoración del riesgo de presentar DPP se llevará a cabo mediante la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) (anexo II).

La EPDS, es una encuesta autoadministrada, adecuada para la detección de los síntomas depresivos en gestantes y puérperas, de forma específica, sensible y precoz (18,19). Consta de diez preguntas sobre cómo se ha sentido la mujer en los últimos siete días, evaluándose cada respuesta entre 0 y 3

puntos. De estos diez ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa y 1 con ideas suicidas. La puntuación total puede variar entre 0 y 30. A partir de una puntuación ≥ 10 se considera que existe probabilidad de desarrollar depresión posparto y ≥ 12 de desarrollar una depresión posparto mayor (3,20,21). Aunque hay disparidad entre autores para determinar el punto de corte para la detección de la DPP, me basaré en la recomendación de la *Guía de práctica clínica en el SNS 2014*, que marca el punto de riesgo en ≥ 12 (19).

Por otra parte, el nivel de autoestima se cuantificará a través de la Escala de Autoestima Rosemberg (ER) (anexo VI).

La matrona, facilitará las dos escalas y el cuestionario de los factores de riesgo, a todas las mujeres que se encuentren en su tercer trimestre de gestación y a las puérperas que sufran disforia pasados los 7-10 días posparto.

Posteriormente, citará en consulta a las pacientes de riesgo, según la EPDS, y se les ofrecerá participar en la intervención educativa grupal, acompañadas de su pareja o allegados.

Todas ellas serán informadas del programa verbalmente y por escrito, mediante el consentimiento informado (CI).

En base a varios estudios, al comparar la metodología de intervención individual con la grupal se visualiza que ambas son altamente eficaces (10); sin embargo la terapia grupal representa un tipo de tratamiento más económico, llega a un número mayor de personas y además los miembros del grupo sirven de redes de apoyo entre sí (10,22).

Durante la última sesión, se contará con un grupo de madres y padres, que padecieron DPP. Existe experiencia contrastada que el trabajo con un grupo de referentes, facilita la participación de los integrantes del programa, genera un clima de confianza y ayuda a reducir la ansiedad y la baja autoestima de las madres (23).

El sistema Español de Salud tiene en su cartera de servicios dos visitas a la matrona tras el parto, a los 7-10 días tras el nacimiento y a los 40 días, oportunidad para identificar a las mujeres con DPP (19). Sin embargo, atendiendo a la bibliografía encontrada sería conveniente realizar más visitas a las puérperas. Por ello, la matrona, a lo largo del año posparto, llevará a cabo otras tres evaluaciones biopsicosociales; estas se concertarán a los tres, seis y doce meses. En todas las consultas de seguimiento se les ofrecerá a las madres la EPDS, ER y CFR. En caso de EPDS ≥ 12 y Rosemberg<29 o presencia de varios FR, la matrona realizará, mensualmente, llamadas telefónicas a estas mujeres.

La evaluación del programa se llevará a cabo en dos fases, atendiendo a los resultados esperados a corto y largo plazo.

Tras las sesiones teóricas (corto plazo), se evaluarán los conocimientos y habilidades adquiridas por los participantes, mediante el cuestionario post-educativo. También será necesaria la ficha de satisfacción para evaluar dichas sesiones.

Por otro lado, durante el año posparto, se evaluarán el número de casos detectados entre los asistentes al programa, mediante la escala de Edimburgo.

DESARROLLO

En el siguiente apartado se desarrolla el programa de salud, centrado en la detección precoz para llevar a cabo una prevención temprana. Se cree que esto mejorará los conocimientos generales sobre la DPP, acercándola a la población y desmintiendo mitos sociales.

Objetivos del programa

Objetivo General

Prevenir la aparición de sintomatología depresiva en puérperas con riesgo de sufrir DPP, en la zona de salud de Utebo.

Objetivos específicos

- Al finalizar las sesiones educativas los participantes desarrollarán habilidades y técnicas de relajación.
- Las madres demostrarán mejoría en la percepción de su autoestima y valía en la crianza.
- Se sentirán capacitadas para amamantar a su hijo/a, al menos durante los 6 primeros meses posparto.
- Adoptaran una actitud positiva.

Población diana

Futuras madres durante el tercer trimestre de gestación y puérperas con disforia pasada la primera semana posparto; además de sus parejas o allegados. Se considera que este es el mejor momento para realizar la intervención, dado que la DPP puede manifestarse antes del parto.

Los criterios de inclusión y exclusión se presentan en la tabla 6:

Tabla 6: criterios de inclusión y exclusión del programa (Elaboración propia)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Embarazada de mínimo 27 semanas y puérperas con disforia posparto superior a 7 días.- Pertenecer al Área III, perteneciente a la zona de salud de Utebo- Puntuación ≥ 12 en la escala EDPS- Disposición para acudir de manera regular.- Aceptación a recibir seguimiento de enfermería, mediante el consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none">- Padecer trastornos psiquiátricos o presentar discapacidad intelectual que dificulten el desarrollo de las sesiones.- No cumplimiento de los criterios de inclusión.

Actividades

Tabla 7. Organización de las actividades (Elaboración propia)

Actividad	Captación	Cribaje	Sesiones Educativas	Seguimiento	Evaluación
Duración	1 mes	Tiempo de consulta	6h	12 meses	Mayo 2020-Agosto 2021
Lugar	Consulta matrona	Consulta matrona	Sala 3 polifuncional	Y Telefónicamente	Consulta matrona
Horario	Cita para la consulta	Cita para la consulta	Martes 9-11 A.M.	Cita para la consulta	-
Nº participantes	Madres que acuden a la consulta con ≥27 semanas de gestación y puérperas con disforia posparto >7 días	Madres con puntuación EDPS≥12	Máx. 10 madres + 1 pareja	Sin máx. participantes	Todos los asistentes

Metodología	Ofrecimiento de la intervención educativa en grupo	Exposición Teórica	Seguimiento del programa	Evaluación de la intervención
R. humanos	Matrona	Matrona + Apoyo “madres& padres”	Matrona	
R. materiales	CI, EPDS, ER, CFR -	Proyector, Ordenador, Sillas, Mesas, Bolígrafos, Paquete de folios DINA4, Sala. Cuestionario pre- y post-educativo y de satisfacción.	EPDS, ER, CFR	Cuestionario de satisfacción, de conocimientos post-educativos y EPDS, ER, CFR

Sesiones

Sesión 1: Reducción del estrés (2h)

Al inicio de la sesión se procederá a la presentación del grupo, con el objetivo de generar un entorno de confianza y comprensión. Y a continuación, se les entregará el test de conocimientos pre-educativo (anexo III).

El objetivo de esta sesión es que las participantes y acompañantes adquieran las habilidades y técnicas de relajación necesarias para aliviar el posparto. Para ello, en esta primera clase se les proporcionará educación sobre aspectos teóricos relacionados con el estrés (concepto, fisiopatología, factores desencadenantes y consecuencias), así como estrategias que puedan llevar a cabo durante su embarazo y puerperio para superarlo como serán:

- Técnicas para calmar al bebé cuando llora: hablar al bebé, ponerles la mano en la tripa, sujetarlos en brazos, levantarlos, sostenerlos y mecerlos.
- Métodos para disminuir la ansiedad en la madre: técnicas de respiración lenta, distracción, meditación, relajación muscular, escuchar música relajante y ejercicio físico.

Sesión 2: Lactancia Materna (2h)

Con esta sesión se busca fomentar la lactancia materna y abolir la desconfianza de su propia capacidad para lactar.

El objetivo que se espera conseguir es que las madres se sientan capacitadas para amamantar a su hijo/a, al menos, durante los 6 primeros meses de vida del infante. Para ello las actividades, basadas en los NIC, que se llevarán a cabo serán:

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Animar a la pareja, familia y amigos de la madre a que la apoyen (ofrecer

alabanzas, ánimos y seguridad, realizar las tareas domésticas y asegurarse de que la madre tiene el descanso y nutrición adecuados).

Finalmente se incentivará la conversación entre los participantes sobre expectativas y experiencias previas.

Sesión 3: Autoestima e importancia del apoyo social (2h)

En la última reunión grupal, de manera amena, la profesional comentará las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.

Posteriormente se promoverá la participación de los presentes, se les animará a que expresen individualmente y en voz alta los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza, culpa, vergüenza... Tras cada exposición individual, el grupo explorará qué ha podido desencadenar esas emociones.

Para finalizar varias de las madres y padres, con DPP en el pasado, acudirán para exponer su experiencia.

El motivo, de esta última actividad, se basa en que el grupo entre iguales genera una confianza y una motivación muy potente para la adaptación a los cambios; por ello, la matrona guarda un registro de mujeres que padecieron DPP junto con el consentimiento de su apoyo para el programa de salud.

En los últimos 15 minutos se entregará el test de conocimiento post-educativo (anexo III) y el de satisfacción (anexo IV).

El propósito de esta sesión es demostrar, a las madres, su valía en la crianza de su bebé e intentar que adopten una actitud positiva aumentando su autoestima.

Seguimiento y evaluación continua (12 meses posparto)

Las consultas programadas posparto se realizarán a los 7 días posparto, a los 40 días y a los 3,6 y 12 meses. En todas las consultas se les ofrecerá a las madres el Consentimiento Informado y las escalas de EPDS y ER, junto

con el cuestionario CFR.

En caso de EPDS ≥ 12 y Rosemberg <29 o presencia de varios FR, la matrona realizará, mensualmente, llamadas telefónicas a estas mujeres.

Diagrama de Gantt

Tabla 8. Diagrama de Gantt (Elaboración propia)

Resultados Esperados

Resultados a corto plazo

Al finalizar las sesiones educativas, el 100% de los participantes alcanzarán los conocimientos teóricos expuestos y desarrollarán habilidades y técnicas de relajación.

Resultados a largo plazo

El 100% de las mujeres durante el año posparto se sentirán capacitadas para amamantar a su hijo/a, durante los 6 primeros meses. Y, al menos, el 80% de las madres demostrarán mejoría en la percepción de su autoestima y valía en la crianza a lo largo de los 12 meses posparto.

Evaluación del programa

Durante la evaluación es de interés analizar:

- La adquisición de conocimientos mediante el Test de conocimientos pre y post educativa (anexo III).
- El grado de satisfacción de las participantes mediante el cuestionario de satisfacción (anexo IV).
- El grado de participación:

$$\frac{\text{Nº de parturientas y acompañantes que acuden al programa}}{\text{Nº total de parturientas en Utebo en ese periodo}}$$

- La cuantificación del número de casos detectados entre los asistentes al programa mediante la escala de Edimburgo.
- Grado de autoestima, mediante la escala de Rosemberg.
- La cuantificación del número de mujeres en las clases de lactancia materna.

CONCLUSIONES

Se puede establecer como conclusión que:

1. La DPP es una complicación a tener en cuenta durante el embarazo y que necesita una atención biopsicosocial.
2. Un diagnóstico temprano contribuye a mejorar el estado de salud de la madre y el infante y evitar las consecuencias negativas asociadas a la DPP.
3. La detección debería iniciarse desde la gestación y continuarse hasta un año después.
4. El cribaje se puede llevar a cabo en visitas rutinarias con cuestionarios sencillo como la Escala de Edimburgo.
5. Enfermería, especialmente la matrona, por su cercanía con las gestantes y el conocimiento de la DPP, es la profesional más capacitada para la detección de dicha enfermedad.
6. El apoyo social, la lactancia materna, la reducción del estrés y el aumento de la autoestima son factores modificables que actúan como protectores frente a la DPP.

BIBLIOGRAFÍA

1. La maternidad: mucho más que una revolución emocional [Internet]. Infocoponline; 2016 [citado 22 feb 2020]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6306
2. Alba Gonzalez B., López Tello V., Merino Salán M., Fernández Fernández P., Alonso del Rivero Hernández V. Actualización en depresión postparto. Tiempos de Enfermería y Salud [Internet]. septiembre de 2017 [citado 22 feb 2020] ;1(3):16-20. Disponible en: <https://enfermeriaysalud.es/revista-cientifica/>
3. Jadresic, Enrique M. Depresión Posparto en el contexto del Hospital General. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 17 de marzo de 2020];28(6):874-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426?via%3Dihub>
4. Pereda Ríos A, Navarro González M, Viñuela Benéitez MC, Aguarón de la Cruz A, Ortiz Quintana L. Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 14 feb 2020] ;41(4):169-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-desordenes-psiquiatricos-el-puerperio-nuestro-S0210573X13001044>
5. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. Matronas profes [Internet]. 2003 [citado 22 mar 2020]; 47(5):4-8. Disponible en: www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/una-luz-en-la-niebla-cuidados-en-las-mujeres-con-depresion-posparto/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington; 2013. 104-106 p.

7. Mendoza B. C, Saldivi S. Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chil [Internet]. 2015 [citado 15 marzo 2020]; 143(7):887-94. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010
8. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. J Affect Disord [Internet]. 2015 [citado 25 de marzo de 2020]; 188:60-7. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715305966?via%3Dihub>
9. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. Iran J psychiatry Behav Sci [Internet]. 2014 [citado 22 feb 2020]; 8(2):11-21. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25053953%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4105600>
10. Courtois MC, Maldonado AH, Zacarías EA, Delfín IB, Pacheco IG, LartigueBecerra T. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2015 [citado 14 feb 2020]; 22(4):1-16. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip084c.pdf>
11. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and management of peripartum depression. Am Fam Physician [Internet]. 2016 [citado 13 abr 2020]; 93(10):852-8. Disponible en:
<https://www.aafp.org/afp/2016/0515/p852.html>
12. Camps MM. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS Rev Investig en mujer, salud y Soc [Internet].

2017 [citado 22 feb 2020]; 2(1):57-85. Disponible en:
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4>

13. Laviña Castán AB, Hernández Pérez J, García Martínez MÁ, Amayas Lorao R, Gotor Colás M. Repercusión de prácticas relacionadas con el parto en el riesgo de aparición de depresión posparto. Rev la Asoc Española Matronas [Internet]. 2014 [citado 22 mar]; 1(3):18-30. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/20/repercusion-de-practicas-relacionadas-con-el-parto-en-el-riesgo-de-aparicion-de-depresion-posparto/>
14. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y Salud Ciencia , Conciencia y Experiencia. En: Informes, Estudios e Investigación 2012 [Internet]. 2012 [citado 11 feb 2020]; p. 168. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
15. Serrano Cardona L, Muñoz Mata E. Paraninfo Digital. Early Hum Dev [Internet]. 2013 [citado 22 mar 2020]; 83(1):1-11. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.01.002%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(12\)70006-3%5Cnhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000763%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.01.002%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(12)70006-3%5Cnhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000763%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/)
16. Medina-Serdán E. Perinatología y reproducción humana. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2013 [citado 14 feb 2020]; 27(3):185-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tlang=pt
17. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: Implications for child mental health. Ment Health Fam Med [Internet]. 2011 [13 abr 2020]; 7(4):239-47. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083253/>

18. L G-E. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS). J Affect Disord. 2003 [citado 13 mar 2020]; Jun, 75(1):71-6.
19. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 [citado 22 mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaat_embarazo.htm
20. Gutierrez-Zotes A, Gallardo-Pujol D, Labad J, Gelabert E, Jover M, Guitart M, et al. Luisa García-Esteve 4. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2018 [citado 13 mar 2020]; 46(5). Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/115/ESP/20-115-ESP-174-82-933035.pdf>
21. M. Belén Vázquez; M. Carmen Míguez. IV Congreso Nacional de Psicología [Internet]. 2019 [citado 13 mar 2020]; 46-53 p. Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS>
22. Varo IS-V. Impact of a nursing intervention on pregnant women as a preventive tool for postpartum depression [Spanish]. Nure Investig [Internet]. 2012 [citado 13 abr 2020]; 1-17. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011687815&site=ehost-live>
23. Lartigue T, Maldonado-durán JM. Depresión en la etapa perinatal. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2008 [citado 3 abr 2020]; 22(2):111-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>
24. Elia Roca Villanueva. Escala de Autoestima de Rosemberg [Internet]. 2016 [citado 17 abr 2020]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala rosenberg.pdf>

Anexo I

Criterios del Manual DSM-5 para el Trastorno Depresivo Mayor.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington; 2013. 104-106 p.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Anexo II

Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).

Fuente: L G-E. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS). J Affect Disord. 2003;Jun, 75(1):71-6.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen DPP. La EPDS consiste de diez declaraciones sobre cómo se ha sentido la mujer en los últimos siete días. En casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. No se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. 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. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

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 tenga problemas para leer o entender.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto.

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 más 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.

Nombre: Apellidos: Dirección:

Teléfono: F. Nacimiento: F.N. Bebé:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- a. Tanto como siempre
- b. No tanto ahora
- c. Mucho menos
- d. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a. Tanto como siempre
- b. Algo menos de lo que solía hacer
- c. Definitivamente menos
- d. No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- a. Sí, la mayoría de las veces
- b. Sí, algunas veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a. No, para nada
- b. Casi nada
- c. Sí, a veces
- d. Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a. Sí, bastante
- b. Sí, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a. Sí, la mayor parte de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No, casi nunca
- d. No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- a. Sí, la mayoría de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, bastante a menudo
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, bastante a menudo
- c. Sólo en ocasiones
- d. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a. Sí, bastante a menudo
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. No, nunca

Anexo III

Cuestionario pre y post-conocimientos de la DPP

Elaboracion propia

Muchas gracias por vuestra asistencia. Este cuestionario se realizara antes y despues de las sesiones, con el objetivo de evaluar la adquisicion de conocimientos y ayudarnos a comprender las necesidades informativas que requieren las familias.

Nombre:

Por favor responda lo más sinceramente posible a las siguientes preguntas:

1. ¿ Qué entiende por Depresión Posparto?
2. ¿ Conoce los factores que pueden desencadenar DPP?
3. ¿ Qué sintomas presenta una Depresión Posparto?
4. ¿ Cree usted que esta patología tiene cura?
5. ¿Conoce algun método relajante para disminuir la ansiedad?
6. ¿ Sabría enumerar algunos de los beneficios de la lactancia materna?
7. ¿ Sabria a quien acudir si sospechase que la padece?

Interpretación

Cada pregunta contestada correctamente sumará un punto.

Aquellas mujeres con una puntuación igual o inferior a 3 se considera que la asistente no posee los conocimientos sobre la DPP.

Anexo IV

Cuestionario de satisfacción

Elaboración propia.

Muchas gracias por vuestra asistencia, atención y dedicación. Tú opinión os importa, por favor, ayúdenos a mejorar rellenando esta encuesta de satisfacción. Es anónima, por lo que no hace falta que indique su nombre.

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Indiferente	Malo
La comodidad del aula					
El horario realizado ha sido					
La duración de la actividad ha sido					
La utilidad de contenidos ha sido					
Se la recomendaría a otras madres					
La organización de las actividades han sido					
El nivel de conocimientos han sido					
En general, la actividad te ha parecido...					
Otras observaciones					

Interpretación

Excelente 5 puntos; Muy bueno 4 puntos; Bueno 3 puntos; Indiferente 2 puntos; malo 1 punto.

De 32 a 40 puntos: Las sesiones han cumplido las expectativas esperadas

De 16 a 24 puntos: Se deberá mejorar algunos aspectos

De 8 a 16 puntos: Evaluación al completo del programa.

Anexo V

Cuestionario para la determinación de Factores de Riesgo

Elaboración propia.

Factor de Riesgo		SI	NO
Psicológico	Actitud negativa frente al embarazo		
	Baja autoestima*		
	Disforia posparto		
	Sentimientos de incompetencia o incapacidad para hacer frente a la situación		
	Vivencia del embarazo con estrés o ansiedad*		
	Eventos vitales adversos		
	Embarazo no deseado		
	Antecedentes psiquiátricos propios o familiares*		
Obstétricos	Complicaciones obstétricas		
	Sufrimiento de violencia obstétrica		
	Temores (pérdida de libertad, perdida de la propia identidad, miedo a ser incomprendida...)		
Biológicos	Patrón de sueño alterado		
Socio-demográfico	Adolescente*		
	Mayor de 40*		
	Apoyo Social (amigas, asociaciones, prof. sanitarios...)*		
	Nivel socioeconómico bajo*		
	Sentimiento de soledad		
	Percepción bajo de apoyo sanitario		
	Percepción materna de apoyo en tareas del hogar y crianza		
	Pareja		
	Paridad		
Estilo de vida personalidad y creencias	Falta de información y/o desconocimiento del proceso de embarazo		
	Idea de Lactancia materna*		
	Expectativas del embarazo o parto muy altas		
	Participación religiosa		

Anexo VI

Escala de autoestima de Rosemberg

Fuente: Elia Roca Villanueva. *Escala de Autoestima de Rosemberg [Internet]*. 2016. Disponible en: https://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala_rosenberg.pdf.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo; B. De acuerdo; C. En desacuerdo; D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mí misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.