



## **Grado en ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

Curso 2022- 2023

TÍTULO:

### **Programa de Educación para la Salud para la prevención de la depresión posparto**

**Presentado por:** Dña. Laura Arriaga Lacalle

**Tutor/es:** Dña. Laura Beatriz Serralta García



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres todo el apoyo que me han dado y por toda la confianza y cariño que han volcado en mí. Ellos me animaron a realizar la carrera y han hecho todo lo posible para que estuviese a gusto en toda esta etapa. No han dudado de mi en ningún momento, han sabido como animarme en situaciones difíciles, calmar mis miedos cuando me atormentaban los nuevos cambios y reconocer mis méritos cuando ni yo misma me los planteaba. Esta etapa ya ha acabado y no podría haberlo conseguido sin ellos a mi lado.

En segundo lugar, mencionar a mi tutora Laura Serralta, la cual ha sido de gran ayuda para la realización de este trabajo, y a mi tutor de prácticas Javier Zarzo, el cual ha sido un apoyo muy importante en el final de esta etapa. Él me ha mostrado verdaderamente lo que es la enfermería, todo lo que se puede lograr con esfuerzo y trabajo bien hecho, la importancia de ofrecer siempre el mejor cuidado y lo bonito que puede llegar a ser nuestro oficio.

Por último, quería agradecerle a mis amigas y compañeras de piso todo lo vivido estos años. Ellas han hecho que el día a día sea mucho más ameno y llevadero, me han hecho desconectar y me han dado fuerzas para poder esforzarme todos los días, sin ellas esta etapa hubiese sido mucho más complicada.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	Listado de símbolos y siglas .....	5
2.	Resumen .....	6
3.	Introducción .....	8
3.1.	Análisis de la situación .....	8
3.2.	Conceptos básicos .....	9
Definiciones .....	9	
Tipos de depresión posparto .....	9	
Síntomas y consecuencias .....	10	
Factores de riesgo .....	12	
Factores protectores .....	15	
Métodos de detección .....	15	
3.3.	Datos epidemiológicos .....	16
Datos mundiales .....	16	
Datos nacionales .....	16	
3.4.	Justificación .....	17
3.5.	Valoración de enfermería .....	18
4.	Estudio de situación de proyecto .....	19
4.1.	Matriz DAFO .....	19
Análisis interno .....	19	
Análisis externo .....	19	
5.	Hipótesis .....	20
6.	Objetivos .....	20
6.1.	Objetivo principal .....	20
6.2.	Objetivos específicos .....	20
7.	Diseño y metodología de la intervención .....	21
7.1.	Población diana .....	21
7.2.	Captación .....	21
7.3.	Tipo de intervención y número de participantes .....	21
7.4.	Desarrollo de la intervención .....	22
8.	Contenido de las sesiones .....	24
8.1.	Sesión 1: ¿Qué es la Depresión Posparto? .....	24
8.2.	Sesión 2: ¿Qué nos puede hacer la DPP? .....	25
8.3.	Sesión 3: Perfil de riesgo .....	26
8.4.	Sesión 4: Factores protectores .....	27
8.5.	Sesión 5: Cómo pedir ayuda .....	27
8.6.	Sesión 6. Grupo de apoyo .....	28

9.	Cronograma.....	29
10.	Recursos .....	30
1.	Recursos humanos:.....	30
2.	Recursos materiales:.....	30
3.	Recursos económicos: .....	30
11.	Evaluación .....	31
12.	Bibliografía.....	33
13.	Anexos.....	36
13.1.	Anexo 1: Intervenciones en DPP .....	36
13.2.	Anexo 2: Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS).....	37
13.3.	Anexo 3: Algoritmo seguimiento y derivación DPP.....	40
13.4.	Anexo 4: Cartel.....	41
13.5.	Anexo 5: Ejemplo de material para sesiones .....	42
13.6.	Anexo 6: Infografía .....	43
13.7.	Anexo 7: Cuestionario asistentes.....	44
13.8.	Anexo 8: Cuestionario profesionales.....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Resumen síntomas de depresión mayor.....	11
2.	Tabla 2. Factores de riesgo según el tipo de DPP.....	14
3.	Tabla 3. Clasificación de los Factores de Riesgo.....	14
4.	Tabla 4. Sesiones.....	23
5.	Tabla 5. Cronograma.....	29

## 1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

- DPP: Depresión posparto
- PND: Depresión perinatal
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- DSMIV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
- EpS: Educación para la Salud
- EAP: Enfermera de Atención Primaria
- TFG: Trabajo Fin de Grado

## 2. RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es una depresión que se puede presentar en mujeres poco después de haber dado a luz hasta un año más tarde. Su prevalencia, según la mayoría de estudios, es del 10% de la población femenina en España, siendo este un porcentaje que no puede pasar desapercibido. Se caracteriza por desarrollar síntomas de tristeza, llanto, sentimiento de culpabilidad y falta de concentración entre otros, los cuales dependen de la gravedad de la depresión. La DPP tiene varios factores de riesgo como son antecedentes de depresión, problemas socioeconómicos, vivencias estresantes e idealización de la maternidad. La mejor herramienta para diagnosticar dicha patología es con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, la cual detecta síntomas depresivos y depresión clínica específicos en puérperas y expone unos altos valores de sensibilidad y especificidad, 76,7% y 92,5% respectivamente.

El objetivo del presente Trabajo Fin de Grado es realizar un Programa de Educación para la Salud que se pueda aplicar en Centros de Salud, con la finalidad de divulgar la existencia de la DPP y el objetivo de que las puérperas sepan definir e identificar dicha patología y conozcan el plan de actuación que deben seguir si notan algunos de sus síntomas.

Este trabajo se quiere instaurar en la práctica diaria mediante la creación de seis sesiones impartidas en el Centro de Salud de Bétera por una matrona y una enfermera de atención primaria. En ellas, se hablará de toda la información general, síntomas y consecuencias, factores de riesgo, métodos de protección y plan de actuación. Se hará entrega de material complementario para reforzar las sesiones y, además, se llevará un seguimiento de los usuarios que se inscriban al proyecto.

Palabras clave: Depresión, depresión posparto, depresión perinatal, prevención, embarazo, enfermería, factores de riesgo.

## ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is depression that can occur in women soon after giving birth up to a year later. Its prevalence, according to most studies, is 10% of the female population in Spain, this being a percentage that cannot go unnoticed. It is characterized by developing symptoms of sadness, crying, feeling of guilt and lack of concentration among others, which depend on the severity of depression. PPD has several risk factors such as a history of depression, socioeconomic problems, stressful experiences and idealization of motherhood. The best tool to diagnose this pathology is with the Edinburgh Postnatal Depression Scale, which detects specific depressive symptoms and clinical depression in postpartum women and exposes high values of sensitivity and specificity, 76.7% and 92.5% respectively.

The objective of this Final Degree Project is to carry out a Health Education Program that can be applied in Health Centers, in order to disseminate the existence of PPD and the objective that postpartum women know how to define and identify this pathology and know the action plan they should follow if they notice some of its symptoms.

This work is intended to be established in daily practice through the creation of six sessions taught at the Bétera Health Center by a midwife and a primary care nurse. In them, all the general information, symptoms and consequences, risk factors, protection methods and action plan will be discussed. Complementary material will be delivered to reinforce the sessions and, in addition, users who register for the project will be monitored.

Keywords: Depression, postpartum depression, perinatal depression, prevention, pregnancy, nursing, risk factors



### **3. INTRODUCCIÓN**

#### **3.1. Análisis de la situación**

El concepto de maternidad, que abarca el embarazo, el parto y el puerperio, es un periodo dónde se producen infinidad de cambios, tanto hormonales como a nivel social, cultural y psicológico (Nieri et al., 2018). En nuestra sociedad, prevalece la idea de que la maternidad va ligada a un sentimiento de bienestar emocional y felicidad, pero la realidad no es siempre así (Jadresic M., 2010). A causa de numerosos cambios en el estilo de vida que se producen durante el embarazo, multitud de mujeres perciben más sentimientos orientados a la tristeza que a la felicidad. La creencia tradicional de bienestar emocional y felicidad asociada al embarazo junto a la aparición habitual de sentimientos orientados hacia la tristeza puede generar un sentimiento de culpabilidad en las mujeres, que repercute ocasionando trastornos depresivos (Valencia Lizarbe, 2015).

Los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, suponen un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y el 5% de los adultos la padecen en todo el mundo. Durante los primeros meses posteriores al parto, período en el que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, más del 40% de las mujeres sufren síntomas depresivos inespecíficos y, entre el 10% y el 15% desarrolla una enfermedad depresiva (Jadresic M., 2010). Además, alrededor del 20% al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo o en el posparto en los países en vías de desarrollo (Villegas Loaiza et al., 2019). Con la recopilación de los datos anteriores, se considera prioritario el diagnóstico temprano del trastorno depresivo tras el parto acompañado de un tratamiento adecuado, con la finalidad de disminuir las consecuencias que éste puede tener tanto para la madre como a su futuro hijo.

El objetivo de este trabajo es elaborar un Programa de Educación para la Salud dirigido principalmente a mujeres embarazadas que pueda ofrecer información específica, establecer objetivos claros a seguir, advertir de factores de riesgo y realizar un perfil de riesgo con lo que se pretende promocionar la salud y por ende prevenir la DPP (Depresión posparto) y todas sus complicaciones.

## **3.2. Conceptos básicos**

### **Definiciones**

La Organización Mundial de la Salud (2021) define la depresión como un trastorno de salud mental común que se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o ausencia de placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Aparecen síntomas como alteración del sueño y el apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Además, sus efectos pueden hacerse crónicos o recurrentes y pueden repercutir en la capacidad de una persona para actuar y tener una vida gratificante, conduciendo al suicidio en los peores casos.

La depresión perinatal (PND) está específicamente vinculada al periodo comprendido entre el inicio del embarazo y el primer año tras haber dado a luz. La gestación y el posparto son etapas en las que se desencadenan numerosos episodios depresivos. Síntomas como la irritabilidad, la falta de interés, los trastornos en el apetito o el sueño y los sentimientos de tristeza, culpabilidad o desesperanza pueden iniciarse en cualquier momento de la etapa perinatal, derivando en los casos más graves en pensamientos destructivos de la madre hacia ella misma o su bebé. (Rojas C. et al., 2006)

Específicamente, la depresión postparto se define, según la base de datos de Medline, como “Una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros meses después del parto”.

La depresión posparto viene reflejada en el DSM-V como “Depresión”, dividiéndose en Trastorno Depresivo Mayor con episodio único y Trastorno Depresivo Mayor con episodio recurrente, siendo este último en el que se especifica esta DPP. Aparece también definida según los criterios de las CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) donde aparece reflejado en la F32 y F33. Según el DSM IV se define la depresión posparto como episodio depresivo mayor que se presenta dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. En el DSM V ha cambiado el nombre bajo la denominación de “trastorno depresivo con inicio en el periparto” (APA, 2013).

### **Tipos de depresión posparto**

La depresión puede desarrollarse desde la forma más leve, conocida como “baby blues” o tristeza posparto, pasando por la depresión posparto hasta llegar a la psicosis puerperal, situación más grave de todas y que es considerada una emergencia hospitalaria.

- La disforia posparto (postpartum blues) es un estado de depresión leve en el que predomina la ansiedad, la labilidad emotiva, episodios de llanto y ánimo depresivo. Es un trastorno transitorio que aparece los primeros días y dura entre unas horas o pocos días (7 a 10 días). En la fisiopatología predomina la depleción de noradrenalina en sangre y orina, asociada a la caída de los niveles de progesterona. No requiere tratamiento. Se presenta en el 50% de los casos (Suárez-Varela Varo, 2012).
- La depresión posparto se inicia en el puerperio, es decir, después de haber dado a luz, y puede aparecer hasta un año después de este. Cursa con anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y aislamiento social, aunque los síntomas pueden ser diversos (Suárez-Varela Varo, 2012). La prevalencia es del 15% del total, en el DSM-5 se reemplazó el término “postparto” por “periparto”, para poder aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. (Malpartida Ampudia, M. K., 2020).
- La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica que afecta a 1-2 de cada 1000 nacimientos con un buen pronóstico en el 80% de los casos. Puede comenzar durante las primeras dos semanas posparto. Suele evolucionar rápido y destaca entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, insomnio, labilidad emocional, desajuste conductual, delirios y alucinaciones (Suárez-Varela Varo, 2012).

### **Síntomas y consecuencias**

La depresión perinatal tiene notables consecuencias tanto en la madre como en su entorno. Pueden llegar a generarse cambios conductuales en la mujer como el abandono de los controles prenatales, mala adherencia a las indicaciones de salud y el deterioro del autocuidado que requiere la maternidad (Jadresic M., 2010). Además, puede afectar negativamente en el desarrollo del feto, ocasionando partos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino y riesgo mayor de dar a luz a recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) (Olhaberry Huber, M. et al., 2015).

Los síntomas dependen de la intensidad de la depresión, siendo más comunes la tristeza, pesimismo, inseguridad, dificultad para dormir, desesperanza, pérdida o exceso de apetito, desbordamiento, sentimientos de autorreproche, ansiedad, impotencia o incapacidad ante la nueva situación (Villegas Loaiza et al., 2019). Pueden llegar a tener delirios y alucinaciones en los casos más graves.

Las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en cualquier periodo de la vida. Por

este motivo es importante dar a conocer los síntomas de la depresión mayor, que se han recopilado en la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Resumen síntomas de depresión mayor.



Fuente: *Elaboración propia a partir de DSM-V.*

En primer lugar, una vez se ha dado a luz, el vínculo materno-filial entre ambos puede verse afectado. Las madres que han tenido o mantienen estados de ánimo depresivos durante el embarazo pueden presentar mayores dificultades para interpretar señales de sus hijos. Por este motivo, estos bebés pueden tener dificultad para mantener el contacto visual y tener más crisis de llanto que el resto, lo cual repercute a que en el futuro puedan presentar mayores problemas de habilidad social, emocional y comunicativa (Valencia Lizarbe, 2015).

Así mismo, según un estudio realizado por Fritsch M. et al. (2007), los hijos de madres que han desarrollado depresión tienen más posibilidades de padecer problemas emocionales a lo largo de su vida. Sumándose problemas de conducta, con cifras de riesgo del 48% frente al 15,2% de la población en general.

Dadas las consecuencias que puede llegar a generar una depresión puerperal, es de suma importancia incidir en la detección precoz desde el inicio del embarazo. Este Programa de Educación para la Salud propone la creación de un perfil de riesgo para poder detectar mujeres con mayor predisposición a desarrollarla y prevenir dichos efectos perjudiciales para ambos.

## Factores de riesgo

Es difícil conocer con exactitud la etiología de la DPP, no obstante, existen múltiples factores de riesgo biológicos, psicosociales y hormonales que contribuyen al progreso de esta enfermedad. El estudio realizado por Nieri et al. (2018) alude una relación entre la ansiedad de la madre con la depresión en el posparto, la cual relaciona con bajo nivel socioeconómico, insatisfacción marital, baja autoestima, menor edad de embarazo y la no-planificación del embarazo.

En otro estudio llevado a cabo por Villegas Loaiza et al. (2019) los factores de riesgo que se contemplan como desencadenantes de la depresión son la falta de redes de apoyo, madres adolescentes, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, el desempleo, la vulnerabilidad de las pacientes con antecedentes previos de cuadros de depresivos, antecedentes familiares de depresión o depresión durante el embarazo. Además, se ha sugerido que una fuerte disminución en los niveles de esteroides gonadales también está asociada al padecimiento de la enfermedad. Aunque este proceso fisiológico del embarazo se presenta en todas las mujeres, dicho fenómeno no desencadena enfermedad en todas, ya que evoluciona en las mujeres sensibles a estos cambios hormonales, desestabilizando su estado de ánimo.

Los factores de riesgo asociados que Alba González, R. et al. (2017) nombra detalladamente en su estudio son los siguientes:

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad).
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el periodo del embarazo (ansiedad, no aceptación del embarazo).
  - DPP previa.
  - Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después de este, a causa de embarazos de alto riesgo, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas).
- Insatisfacción con el parto (percepción negativa del nacimiento y experiencias negativas en el parto).
  - Episiotomía: los síntomas asociados al trauma perineal están relacionados con una percepción negativa del parto.
  - Manejo del dolor en el parto.
  - Acompañamiento durante el parto.

- Cesárea.
- Contacto tardío entre la madre y el recién nacido.
- Lactancia materna (abandono precoz).
- Embarazo no planeado y/o deseado.
- Falta de apoyo familiar y/o social; falta de comunicación con la pareja.
  - Problemas familiares y/o sociales.
  - Pobre relación marital.
  - Abandono o separación de la pareja.
  - Pareja presente pero sin que proporcione apoyo emocional.
  - Falta de redes de apoyo.
- Estrés cotidiano o situaciones estresantes (insomnio).
- Dificultades económicas.
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia.
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido.
- Mala relación con la madre.
- Antecedentes de pérdidas hormonales (alteración en la función tiroidea).
- Dificultades en la lactancia (mixta o artificial).
- Mala salud del recién nacido.
- Bebé difícil de cuidar (estrés en el cuidador).

**Tabla 2.** Factores de riesgo según el tipo de DPP.

Trastorno	Factores de riesgo
Disforia posparto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas depresivos durante el embarazo</li> <li>• Historia de depresión</li> <li>• Antecedentes de trastorno disfórico premenstrual</li> </ul>
Depresión posparto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión durante el embarazo</li> <li>• Historia de depresión, especialmente DPP</li> <li>• Conflicto conyugal</li> <li>• Apoyo social y familiar insuficiente</li> <li>• Situaciones vitales durante el embarazo</li> </ul>
Psicosis posparto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de trastorno bipolar</li> <li>• Primiparidad</li> <li>• Psicosis posparto previa</li> </ul>

Fuente: *Elaboración propia a partir de Jadresic M. (2010).*

**Tabla 3.** Clasificación de los Factores de Riesgo

FACTORES DE RIESGO ALTO	FACTORES DE RIESGO MODERADO	FACTORES DE RIESGO BAJO
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Sucesos vitales estresantes	Bajo nivel socioeconómico
Síntomas de ansiedad prenatal	Escasa ayuda social o percepción de falta de apoyo	Falta de pareja o persona allegada; monoparentalidad
Inicio de depresión durante el embarazo o el posparto	Resultados obstétricos desfavorables	Embarazo no planificado o no deseado
	Baja autoestima	Problemas en la lactancia materna (LM)
	Historia de abuso físico o sexual	
	Violencia en la pareja	
	Historia de trauma en salud reproductiva	
	Pena a causa de aborto espontáneo, muerte fetal o pérdida de un hijo	
	Consumo de sustancias	

Fuente: *Elaboración propia a partir de RNAO (2018)*

## **Factores protectores**

Del mismo modo, en el que se nombran multitud de factores de riesgo para el desarrollo de la DPP, existe una serie de factores protectores asociados a la disminución del riesgo de la DPP. Alba González, R. et al. (2017) nombra los siguientes en su publicación en la Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud:

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

La lactancia materna (LM) protege a la madre de desarrollar DPP porque promueve unos procesos hormonales que atenúan los niveles de cortisol (responsable del estrés), ayuda en la regulación de los patrones de sueño y vigilia y fomenta la interacción madre/bebé. Por lo tanto, la lactancia materna no resulta solo un factor protector en sí mismo, sino que también provoca una reacción en cascada de otros que disminuyen la incidencia (Martos López et al., 2021). Favorecer el vínculo madre-bebé de manera temprana, fomentando la piel con piel, contribuye de forma significativa a la maduración y la activación cerebral y a la salud mental, tanto del bebé como de la madre, cuando esta cuenta con los apoyos necesarios (Ramírez Matos, E., 2022). (Anexo 1)

## **Métodos de detección**

Como se ha comentado anteriormente, para prevenir la DPP se deben tener en cuenta los factores de riesgo correspondientes y transmitir a la paciente toda la información necesaria, para asegurar de este modo un buen periodo posparto. Asimismo, para detectar la DPP se disponen de varias herramientas clínicas, como son la Entrevista Clínica Estructurada, el Cuestionario de Depresión de Beck II, La Escala de Depresión Posparto, La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente. Sin embargo, la mejor herramienta para su detección es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), ya que únicamente esta es específica para la patología puerperal y destaca además por su rapidez y facilidad en la aplicación y la interpretación (Valencia Lizarbe, 2015).

La Escala de Edimburgo detecta síntomas depresivos y depresión clínica específicos en púerperas (Alba González, R. et al., 2017). Presenta una eficacia elevada, tanto en el entorno intrahospitalario como en Atención Primaria. Además, expone unos altos valores de sensibilidad y especificidad, 76,7% y 92,5% respectivamente. Consta de 10 ítems con los que se puede obtener un máximo de 30 puntos, posicionando el punto de corte en el valor 12, por lo que una



puntuación mayor a esta indicaría una posible depresión (Valencia Lizarbe, 2015) (Anexo 2). Es imprescindible que se aplique, en varias ocasiones, la escala EPDS a todas las mujeres durante el periodo de embarazo para conseguir así detectar rápidamente la clínica de la DPP y conseguir su prevención derivando al especialista correspondiente. (Anexo 3)

### **3.3. Datos epidemiológicos**

#### **Datos mundiales**

Según el estudio realizado por Mendoza, C. y Saldivia, S. (2015) la prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. Sin embargo, la evaluación de algunos estudios epidemiológicos en DPP no es concreta a causa de los diferentes sesgos existentes en sus diseños metodológicos, como el uso de instrumentos de tamizaje o la detección espontánea de los síntomas, de las diferencias en los tamaños muestrales o en los criterios diagnósticos utilizados.

La prevalencia global agrupada de DPP, según el estudio llevado a cabo por Hahn-Holbrook, J. et al. (2018) es del 17,7 %, con una heterogeneidad significativa entre países, que oscila entre el 3 % (2–5 %) en Singapur al 38% (35–41%) en Chile. Los países con tasas más elevadas fueron, Chile con un 38%, Sudáfrica un 37%, Hong Kong 30%. Los países con índice de prevalencia inferiores son Singapur con un 3%, Nepal 7%, Países Bajos 8% y Suiza un 11%. Las naciones con tasas significativamente más altas de DPP son a causa de desigualdad de ingresos, mortalidad materna, mortalidad infantil o mujeres de edad fértil que trabajan más de 40 horas a la semana. Juntos, estos factores explican el 73% de la variación nacional en la prevalencia de la DPP.

#### **Datos nacionales**

En nuestro país, según la mayoría de estudios, la prevalencia de la DPP está alrededor del 10% y comúnmente se manifiesta en los tres primeros meses después de haber dado a luz. Una vez la mujer ha sufrido un trastorno depresivo en el posparto, el riesgo de recaída es del 30% al 50% (Frances, Pincus, First, 2009). Además, se calcula que entre el 0.5 y el 5% de los partos provocan trastornos psíquicos en el puerperio, y que las recaídas en posteriores gestaciones oscilan entre el 5 y el 15% (Suárez-Varela Varo, 2012).

Con estos datos se puede corroborar que la depresión postparto constituye un importante problema de salud pública. Entre sus predictores más significativos está haber sufrido depresión antes del parto, lo que resulta especialmente alarmante si se tiene en cuenta que la prevalencia

de la depresión prenatal está aumentando en los últimos años hasta tasas que duplican las de la DPP (Field, T. 2011).

### **3.4. Justificación**

Durante los primeros meses posteriores al parto, período en el que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, más del 40% de las mujeres sufren síntomas depresivos inespecíficos y, entre el 10% y el 15% desarrolla una enfermedad depresiva (Jadresic M., 2010).

El libro *Psicología del posparto* de Esther Ramírez Matos (2022) nos menciona que la falta de detección de los casos de DPP, así como de acompañamiento específico por un profesional perinatal, se convierte en uno de los mayores problemas en el afrontamiento de la enfermedad. En un estudio llevado a cabo entre el 2011 y el 2013 de 101 suicidios durante el embarazo o el año posterior al parto, solo un 15% de las mujeres había consultado con los servicios de salud mental perinatal a pesar de que todas ellas tenían antecedentes de depresión. De hecho, la primera causa de muerte materna en el primer año es el suicidio, con un riesgo de 70 veces mayor que en otra época.

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2018) recomienda en la *Guía de Buenas Prácticas* “Implantar estrategias de prevención de la depresión perinatal para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad”. La evidencia que respalda esta recomendación es que la finalidad de las estrategias de prevención de la DPP es preservar el bienestar de la persona y mitigar cualquier efecto adverso del trastorno emocional. Implantar estrategias de prevención o intervención precoz genera una oportunidad para apoyar a la persona en riesgo de depresión perinatal, o que empieza a desarrollar síntomas y mejorar o disminuir el riesgo de que la enfermedad avance.

El alto porcentaje de prevalencia visto en el apartado anterior pone de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje en la situación de la mujer, con el fin de conseguir un déficit de esta incidencia. Por estos motivos, en este trabajo se va a realizar un Programa de Educación para la Salud, con el objetivo de divulgar dicha información y, por ende, lograr una prevención de la DPP. El Programa de EpS que se desarrolla en este trabajo está enfocado en la prevención universal femenina, dirigida a una muestra poblacional, independientemente de sus indicadores de riesgo. Como enfoque, esta prevención universal femenina ofrece diversos beneficios, como la reducción del estigma, una reducción moderada de la prevalencia en la población y una mayor probabilidad de ser utilizada.

### 3.5. Valoración de enfermería

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de la depresión posparto. Por ello, es necesario realizar una buena valoración enfermera a través de los siguientes diagnósticos (NANDA International, 2021):

- NANDA: Deterioro de la crianza
- NANDA: Cansancio del rol de cuidador(a)
- NANDA: Relación ineficaz.
- NANDA: Conflicto rol parental.
- NANDA: Desempeño ineficaz del rol
- NANDA: Disposición para mejorar la crianza.

En la clasificación de los objetivos que se aspiran a conseguir, se puede encontrar: (NOC, 2018)

- NOC: Adaptación del recién nacido
- NOC: Alteración del estilo de vida del cuidador principal
- NOC: Bienestar del cuidador principal
- NOC: Conducta de salud maternal posparto
- NOC: Conocimiento alimentación con biberón
- NOC: Conocimiento cuidado del lactante
- NOC: Conocimiento del recién nacido pretérmino
- NOC: Conocimiento lactancia materna (LM)
- NOC: Conocimiento manejo de la depresión
- NOC: Desempeño del rol de padres

Por último, como intervención de enfermería, se destaca principalmente:

- NIC: Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- NIC: Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo.
- NIC: Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

## 4. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE PROYECTO

### 4.1. Matriz DAFO

En la siguiente matriz se exponen los puntos fuertes y débiles del proyecto, tanto a nivel interno como externo.

#### Análisis interno

- **Debilidades:**
  - Desconocimiento de la enfermedad.
  - Falta de información del personal sanitario para la prevención precoz de la DPP.
- **Fortalezas:**
  - Profesionales comprometidos con su trabajo.
  - Aportación de herramientas que facilitan y dinamizan el trabajo (actividades, recursos, bibliografía, etc.)
  - Recursos e instalaciones favorables.
  - Equipo especializado.

#### Análisis externo

- **Amenazas:**
  - Actitud por parte de las madres (miedos, negación, rechazo...).
  - Abandono de las sesiones.
  - Creencias erróneas sobre el posparto.
- **Oportunidades:**
  - Madres necesitadas.
  - Apoyo de familiares de la paciente.
  - Disminución de consecuencias negativas de la DPP debido a su detección precoz.

En cuanto a fortalezas, el sistema sanitario tiene un equipo profesional comprometido que colabora en proyectos para mejorar la situación de la depresión posparto en la actualidad. Se tiene al alcance a profesionales especializados en el proceso de la maternidad, como es la matrona, todo el equipo sanitario que le rodea y recursos e instalaciones propicios que pueden ofrecer una mejor atención a la mujer durante el periodo de embarazo. Por lo que podemos contar con una fortaleza importante a la hora de desarrollar este proyecto.

Siguiendo con el análisis interno, las debilidades que podemos encontrar son el desconocimiento que pueden tener las mujeres sobre dicha patología. Estas pueden pensar que no es común la culpabilidad y tristeza que sienten y atribuirse toda la culpa a ellas mismas. Sumándose la falta de formación de algunos profesionales de la salud que no saben cómo abordar esta situación y como ofrecer el mejor cuidado.

En cuanto al análisis externo, las amenazas que podemos encontrar a la hora de poner en práctica este proyecto es la influencia de las creencias erróneas existentes sobre el embarazo, la maternidad y el puerperio en la sociedad. Dicha creencia mencionada anteriormente atribuye este periodo a un sentimiento de felicidad, lo cual agrava la actitud que pueden tener algunas madres a causa de los síntomas de la depresión. Por otro lado, las oportunidades que debemos aprovechar son la cantidad de madres necesitadas que requieren de esta información y la prevención que se puede llegar a lograr con un buen seguimiento y control. Sin olvidar abarcar el contexto familiar y la ayuda que estos pueden ofrecer, para así obtener una detección precoz de dicha patología.

## **5. HIPÓTESIS**

Las intervenciones enfermeras en mujeres embarazadas pueden prevenir la DPP y disminuir la probabilidad de desarrollar sus complicaciones.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo principal**

El objetivo general de este trabajo es realizar un Programa de Educación para la Salud que ayude a mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de las mujeres embarazadas con el fin de prevenir la depresión postparto.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Mejorar las habilidades cognitivas de las mujeres embarazadas sobre la depresión posparto.
- Visibilizar y normalizar la diversidad de experiencias y narrativas entorno a la maternidad.

- Crear un perfil de riesgo para que la DPP sea detectada con más facilidad.
- Formar al personal sanitario implicado en los cuidados de la mujer para conseguir una mejora continua de la atención.
- Establecer herramientas para que la detección precoz de la DPP sea una realidad y/o conseguir mitigar las consecuencias negativas de la misma.
- Mejorar las habilidades del personal sanitario para realizar una detección temprana en pacientes con riesgo de depresión.

## **7. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN**

### **7.1. Población diana**

Este Programa de Educación para la Salud va dirigido a mujeres que estén o quieran quedarse embarazadas. La idea de estas sesiones es que se puedan impartir a mujeres que lleven poco tiempo con la maternidad, para que puedan recoger información y seguirla desde el principio del embarazo. Además, también se permitirá la entrada a todo el personal de la salud que quiera participar para ampliar sus conocimientos y aptitudes en el tema. Las sesiones se realizarán en Bétera, y toda la información estará disponible en folletos, carteles e infografías para conseguir un mayor alcance.

### **7.2. Captación**

Se difundirán carteles informativos que se colgarán en lugares estratégicos para captar la atención de las mujeres: asociación amas de casa, atención a la ciudadanía en el ayuntamiento, centro de salud, centro joven, etc. Por último, contaremos con la ayuda de las matronas del Centro de Salud de Bétera, que propagarán la información de las sesiones a sus pacientes, para conseguir que llegue a población femenina específica de forma directa. Se podrá realizar la inscripción del programa mediante el QR que tendrán los carteles o enviando los datos personales al correo que se creará la organización. (Anexo 4)

### **7.3. Tipo de intervención y número de participantes**

El programa se desarrolla en intervenciones grupales con un número limitado de participantes. Para conseguir los objetivos del mismo y poder impartir de forma adecuada las sesiones propuestas, el número de usuarias beneficiado de cada una de las ediciones del programa no podrá ser superior a 15 – 18 personas. La matrícula en el mismo será estrictamente

por orden de inscripción, reservando la posibilidad de incluir a alguna mujer más, si está considerada por el equipo de profesionales como mujer de riesgo de DPP, en concordancia con un de los objetivos principales del propio programa.

Para el correcto funcionamiento, seguimiento y control del programa se vuelve necesario la asistencia a todas las integrantes al total de sesiones. Es de suma importancia la adquisición de la mayor información posible para conseguir una prevención eficaz de la DPP y, además, constituirá una forma de evaluación del proyecto, estableciendo sus fortalezas y debilidades con la finalidad de la mejora continua durante la realización del mismo, con el objetivo futuro de llegar a un mayor número de mujeres.

#### **7.4. Desarrollo de la intervención**

El programa está compuesto por seis sesiones de 1h y 1h 30 min cada una, que se distribuirán a una sesión a la semana. La sesión 1 y la sesión 6 serán las realizadas en 1 h y 30 min, mientras que la sesión 2, 3, 4 y 5 serán de 1h. No obstante, cada sesión será repetida dos veces a la semana (una en horario de mañanas y otra en horario de tardes) para garantizar la mayor asistencia a las mismas.

El programa tendrá lugar en el centro de salud de Bétera y los profesionales que impartirán las sesiones serán una matrona, especialista en el embarazo y el seguimiento de este y una enfermera de atención primaria (EAP). Al finalizar cada una de las sesiones se trabajará mediante preguntas abiertas y cerradas la información tratada en la sesión para garantizar un feedback positivo y resolver las dudas que puedan surgir en relación con los conceptos tratados.

**Tabla 4. Sesiones**

<b>Sesión 1: ¿Qué es la Depresión Posparto?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 07/11/2023</li><li>• Fecha: 09/11/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h
<b>Sesión 2: ¿Qué nos puede hacer la DPP?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 14/11/2023</li><li>• Fecha: 16/11/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h
<b>Sesión 3: Perfil de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 21/11/2023</li><li>• Fecha: 23/11/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h
<b>Sesión 4: Factores protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 28/11/2023</li><li>• Fecha: 30/11/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h
<b>Sesión 5: Saber pedir ayuda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 05/12/2023</li><li>• Fecha: 07/12/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h
<b>Sesión 6: Grupo de apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha: 12/12/2023</li><li>• Fecha: 14/12/2023</li></ul>	Hora: 10:00h Hora: 17:00h

Fuente: *Elaboración propia*



## 8. CONTENIDO DE LAS SESIONES

El Programa de Educación para la Salud pretende crear un lugar confortable de escucha empática, dónde las mujeres puedan expresar sus sentimientos y emociones sintiendo la asistencia como un lugar seguro y libre de juicio. Por este motivo en todas las sesiones se dejará espacio para el debate y el diálogo, con el fin de conseguir así un espacio constructivo para todas las participantes favoreciendo la expresión de sentimientos, vivencias y emociones. Se van a usar técnicas expositivas, útiles para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, para conseguir así abordar los hechos y principios dentro del área cognitiva. Además, el proyecto ha creado recursos didácticos de apoyo para reforzar la información. Este proyecto sigue las recomendaciones del Manual de Educación para la Salud realizado por Pérez, M. J. et al. (2006).

### 8.1. Sesión 1: ¿Qué es la Depresión Posparto?

En la primera sesión se usarán técnicas de información y exposición para abordar los conceptos básicos de la depresión posparto. Con esta técnica se pretende profundizar en la situación de la DPP y abordar fundamentalmente el área cognitiva de las participantes. Al final de la misma se realizarán preguntas abiertas y cerradas que faciliten el feedback de las participantes en relación con los conceptos trabajados. Técnicas a usar:

- Exposición con discusión: aportar información oral sobre la DPP, facilitando las preguntas y la discusión.
- Repetición: repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión y fijación.
- Verificación: verificar la comprensión de los puntos clave del contenido.
- Exposición participada: preguntas abiertas para conocer sus puntos de partida y luego completar con información.
- Lectura con discusión: material escrito (infografía) para leer y comentar.

Contenido:

1. Antes de empezar a explicar los contenidos se preguntará a las participantes si saben que es la DPP para comprobar el nivel de conocimientos del que parten. (Lección participada)
2. Se aporta información sobre definiciones y conceptos básicos y se deja espacio a dudas, preguntas y/ comentarios (Exposición con discusión). (Anexo 5)

3. Se informa sobre tipos de depresión y se pregunta si quieren aportar alguna información (Exposición con discusión).
4. Se aportan datos epidemiológicos para que sepan la prevalencia de la DPP y se deja espacio a preguntas (Exposición con discusión).
5. Se realiza un resumen de los puntos clave para favorecer la comprensión y la fijación de los contenidos expuestos (Repetición)
6. Se realizan unas preguntas abiertas y cerradas para facilitar el feedback de las participantes y así crear estímulos para reflexionar y discutir sobre los aspectos expuestos. (Ejercicio / Verificación)

Objetivos:

- El 70% de los usuarios saldrá de la sesión sabiendo que es la depresión posparto.
- El 70% de los usuarios sabrá la diferencia entre los distintos tipos de depresiones.
- El 70% de los usuarios será conocedor de la importancia que hay que dar a la depresión posparto.

## **8.2. Sesión 2: ¿Qué nos puede hacer la DPP?**

En esta sesión se abordarán los síntomas, consecuencias y factores de riesgo que favorecen la aparición de la DPP. Se realizará una actividad, Phillips 66, en la que las participantes se dividirán en grupos de 6 personas y se pedirá que durante 6 minutos expresen ideas sobre el tema elegido. La finalidad de esta actividad es facilitar al grupo la expresión, organización y colectivización de sus puntos de partida: experiencias, vivencias y conocimientos previos. Aborda el área cognitiva y la emocional de las participantes.

Contenido:

1. Se organizará a las participantes en grupos de 6 para realizar la actividad.
2. Phillips 66. Se hará una pregunta abierta a las participantes: “¿Qué pensáis que nos puede hacer padecer una DPP y cómo llegamos a este punto?” Dispondrán de 6 minutos para discutir entre ellas sobre la pregunta planteada.

3. Se hará un resumen de las conclusiones y se discutirá sobre las ideas recogidas por los grupos.
4. Se aportará información sobre síntomas y consecuencias y se dejará espacio a dudas y/u opiniones. (Exposición con discusión)
5. Se expondrá información sobre factores de riesgo y se dejará espacio a dudas (Exposición con discusión)
6. Se reforzará la información con recursos didácticos de apoyo (Lectura con discusión) (Anexo 6)

Objetivos:

- El 70% de los usuarios sabrá identificar los síntomas de la DPP.
- El 70% de los usuarios será conocedor de las posibles consecuencias de tener DPP.
- El 70% de los usuarios sabrá identificar los factores de riesgo de la DPP.

### **8.3. Sesión 3: Perfil de riesgo**

Tras finalizar las dos primeras sesiones que cumplen los objetivos de mejorar los conocimientos en relación con la DPP, en esta tercera sesión se empezará el abordaje de la prevención de dicha patología. Tras resumir y ordenar las ideas trabajadas con anterioridad se creará con la colaboración de todas las participantes a través de una tormenta de ideas, el perfil de riesgo de DPP.

Contenido:

1. Se recopilará la información expuesta en la última sesión.
2. Tormenta de ideas: se pide al grupo que en una o dos palabras expresen cómo sería para ellas una mujer con un perfil de riesgo de DPP.
3. Realizar un resumen de todas las ideas aportadas por las participantes y crear el Perfil de riesgo de DPP.

Objetivos:

- El 70% de los usuarios sabrá cual es el perfil de riesgo de una mujer de padecer DPP.

#### **8.4. Sesión 4: Factores protectores**

Sesión en la que se realizará una exposición con discusión en relación con los factores protectores existentes de la DPP. Se plantea la mencionada técnica educativa dado que se presenta y expone un tema, teniendo en cuenta la situación y necesidad del grupo con una posterior discusión de forma libre o estructurada que de pie al debate y al diálogo entre las participantes.

Contenido:

1. Tormenta de ideas. Se planteará una cuestión al grupo: ¿Qué pensáis que puede ser un factor protector para no desarrollar DPP? Y se pedirá en una o dos palabras que expresen su idea.
2. Se recogerá la información dada por las participantes y se completará aportando información sobre factores protectores (contacto piel con piel, lactancia materna). Se dejará espacio al debate (exposición con discusión)
3. Se realizarán unas preguntas para corroborar que las participantes han comprendido la información que se ha explicado en la sesión.

Objetivos:

- El 70% de los usuarios saldrá de la sesión sabiendo los tipos de factores protectores existentes.
- El 70% sabrá la importancia del contacto piel con piel.
- El 70% sabrá la importancia de la lactancia materna.

#### **8.5. Sesión 5: Cómo pedir ayuda**

En la penúltima sesión del programa se darán a conocer los recursos disponibles para solventar o abordar la DPP. Se pretende visibilizar la existencia de todas las herramientas que se pueden utilizar y hacer especial hincapié en que cualquier mujer que se encuentre en una situación de DPP debe buscar ayuda profesional de forma precoz. Además, se visualizará un vídeo de una mujer que sufrió DPP, tratando de visibilizar y acercar a las mujeres participantes su situación, la realidad vivida y la forma de afrontamiento ante la misma a través de la Discusión como técnica de EpS que permite analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos

Contenido:

1. Se ofrecerá información sobre salud mental, dando lugar a preguntas y comentarios. (exposición con discusión)
2. Se realizará junto con las participantes un resumen y esquema de los puntos clave para reforzar la comprensión y fijación de la información.
3. Se visualizará un vídeo de una mujer que sufrió DPP.
4. Se creará un debate de las ideas y conclusiones sacadas tras la visualización del vídeo.

Objetivos:

- El 70% de los usuarios será conocedor de los recursos que tiene a su alcance.

#### **8.6. Sesión 6. Grupo de apoyo**

En esta última sesión está planteado realizar un grupo de apoyo. Las madres participantes expondrán sus miedos e incertidumbres para que, con el diálogo, se puedan reforzar unas con otras, otorgando esta vez la palabra solamente a las gestantes. Consiguiendo que todas se sientan escuchadas, comprendidas y que juntas disminuyan sus miedos. En esta sesión no hará falta ningún material, solo la palabra de las participantes. Al finalizar la sesión se realizará una evaluación general de todo el programa con el fin de evaluar el Proyecto de EpS.

Contenido:

1. Se colocarán las sillas creando un círculo para que todas las participantes se puedan ver entre sí.
2. Se pedirá a las participantes que dialoguen entre sí sobre sus miedos e incertidumbres. El profesional que imparte la sesión solo se podrá introducir en la conversación si ellas lo piden, no podrá guiar la conversación.
3. Se repartirá un cuestionario para que puedan evaluar el proyecto.

Objetivos:

- El 90% de las participantes llegan a sentirse escuchadas.
- El 70% de las participantes se sientan comprendidas por el resto de usuarios.
- Disminuye el miedo al 70% de los usuarios.

## 9. CRONOGRAMA

Tabla 5. Cronograma

	03 Agosto / 30 Septiembre	01 Octubre / 31 Octubre	07 Noviembre/ 14 Diciembre	14 Diciembre/ 16 Febrero
<b>Organización del programa</b>				
<b>Captación de usuarios</b>				
<b>Desarrollo del programa</b>				
<b>Evaluación</b>				

Fuente: *Elaboración propia*

## 10. RECURSOS

### 1. Recursos humanos:

Este programa educativo será impartido por una matrona y una enfermera de atención primaria (EAP) especialista en enfermería familiar y comunitaria.

### 2. Recursos materiales:

- Aula con pantalla y proyector.
- Ordenador.
- Presentaciones PowerPoint.
- Mesas y sillas.
- Material de escritura.
- El móvil de cada usuario.
- Zona Wi-Fi.

### 3. Recursos económicos:

Los recursos para llevar a cabo los talleres son propios del Centro de Salud de Bétera.

## 11. EVALUACIÓN

La evaluación del programa es esencial para el desarrollo del mismo, solo de esta forma se podrán conseguir unos estándares adecuados, garantizar la eficacia del trabajo y la mejora continua de los resultados. Se evaluará de forma continuada, a lo largo de todo el proceso de enseñanza y aprendizaje, destacándose la evaluación al final de cada una de las sesiones educativas y la evaluación final del conjunto de sesiones. Además, se realizará la Escala de Edimburgo a todos los participantes al inicio y al final del programa. Con esta evaluación se pretende valorar si alguna asistente corre el riesgo de desarrollar DPP, para así poder derivarla a sus especialistas y conseguir una prevención de la patología.

Se van a seguir las pautas de evaluación según el Manual de Educación para la Salud realizado por Pérez, M. J. et al. (2006). Además, esta evaluación tiene en cuenta los pilares de la calidad que definió Donabedian, es decir, los siete atributos por los cuales se reconoce y juzga la calidad de la asistencia: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, accesibilidad, equidad y legitimidad. Se evaluarán:

4. Los resultados: grado de consecución de los objetivos y efectos no previstos.
5. El proceso: idoneidad de las actividades (asistencia participación, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación al grupo de los objetivos y contenidos y actividades, así como la programación de las mismas).
6. La estructura o adecuación de los recursos: Local, duración de las sesiones y del curso, horario, recursos didácticos y personales.

La evaluación del programa se realizará mediante un cuestionario ad hoc que permita conocer si se han cumplido los objetivos esperados y si se ha conseguido el beneficio buscado en la población diana. En este cuestionario se pide a las participantes que califiquen, tanto de forma general como de forma específica, cómo ha sido su experiencia y qué aportaciones creen necesarias para mejorar la formación. (Anexo 7)

El cuestionario consta de preguntas con respuestas breves, respuestas a desarrollar, para que nos puedan ofrecer su opinión, y con escalas valorativas del 1 al 5. Todas las preguntas son obligatorias y se enviará el cuestionario a todos los participantes para poder evaluar el Programa de Educación para Salud. Además, la evaluación también valorará la asistencia a las sesiones de los participantes, qué turno suele ser el más recurrido, la iniciativa e interés de estos, por qué medio han conocido el Programa de EpS (carteles, matrona, etc.) y en qué periodo del embarazo están. Con los resultados de las evaluaciones se considerará hacer cambios para mejorar la experiencia en un futuro y juzgar así los resultados de este.



La evaluación se realizará tanto por las participantes como por los profesionales que imparten las sesiones, por lo que también se les realizará un pequeño cuestionario para valorar del mismo modo su opinión. Este cuestionario consta de preguntas rápidas de Sí/No, pudiéndose justificar la respuesta y de dos preguntas con escalas valorativas del 1 al 5. Este formato está pensado para que el cuestionario se pueda contestar rápidamente y también tiene la opción de añadir un comentario para poder evaluar la opinión de los profesionales. (Anexo 8)

Este último paso del programa es de suma importancia para el proyecto, ya que así se podrá estimar su eficacia. Además, será de gran importancia la opinión de todos los usuarios que participan en el proyecto ya que gracias a sus comentarios y críticas constructivas se llevaran a cabo cambios de mejora para el futuro.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Alba González, R., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivero Hernández, V. del C., & Fernández Díaz, M. N. (2017). Actualización en depresión postparto. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1 (3). Recuperado el 17 de enero de 2023, de <https://www.tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50/38>
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
3. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) (2018). *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal*. (2ª ed). Recuperado el 20 de febrero de 2023, de [https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2021/01/D0014\\_Depresion\\_perinatal\\_2018.pdf](https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2021/01/D0014_Depresion_perinatal_2018.pdf)
4. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., (1987). *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo*. Recuperado el 17 de enero de 2023, de [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgo-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgo-Scale_sp.pdf)
5. Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development. *Infant Behavior and Development*, 34 (1), 1–14. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>. ISSN 0163-6383
6. Fritsch M., Rosemarie, Montt, S., María Elena, Solfs G, Jaime, Pilowsky, Daniel y Rojas C., María Graciela. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Revista médica de Chile*, 135 (5), 602-612. Recuperado el 16 de enero de 2023, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872007000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
7. Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., y Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
8. Jadresic M., Enrique. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48 (4), 269-278. Recuperado el 14 de enero de 2023 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
9. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5 (2), e355. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

10. Martos López, I.M., Murillo de las Heras, M.M., Enríquez Rodríguez, I. (2021). Depresión postparto: La importancia de su detección temprana Postpartum depression: The importance of its early detection. *INTERPSIQUIS*. Recuperado el 13 de enero de 2023, de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-13-PON12.pdf>
11. Mendoza B., Constanza y Saldívia, Sandra. (2015). Una actualización sobre la depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143 (7), 887-894. Recuperado el 13 de enero de 2023, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
12. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. (6 ed.). ELSEVIER.
13. NANDA International (2021) *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. (12 ed.) ELSEVIER.
14. Nieri, L., Amaya Méndez, V., Gonzalez, A. (2018). Depresión y ansiedad estrés en madres puérperas. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental. *Acta Psiquiatría y Psicología de América Latina*, 64 (1)
15. Olhaberry Huber, M., Romero Jiménez, M. & Miranda Largo A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas, *Summa Psicología UST*, 12 (1), 77-87. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetDepresionMaternaPerinatalYVinculoMadreb ebe-5147360.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
17. Pérez, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. (2006). *Manual de educación para la salud*. Gobierno de Navarra, ISBN 84-235-2920-7
18. Ramírez Matos, E. (2022). *Psicología del posparto*. SINTESIS, 302
19. Rojas C., Graciela, Fritsch M., Rosemarie, Solís G., Jaime, González A., Marcos, Guajardo T., Viviana, y Araya B., Ricardo. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*, 134(6), 713-720. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000600006>
20. Suárez-Varela Varo, I. (2012). Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. *NURE Investigación*:

*Revista Científica de enfermería*, 9 (60). Recuperado el 17 de enero de 2023, de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594>

21. Valencia Lizarbe, Saioa (2015). *La depresión Postparto*. Academica-e. Recuperado el 14 de enero de 2023, de [https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion\\_postparto\\_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., y Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), e261. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

## 13. ANEXOS

### 13.1. Anexo 1: Intervenciones en DPP

INTERVENCIONES EN DPP
Aceptación del nuevo rol y la nueva identidad como madre
Refuerzo y señalamientos positivos de lo que está logrando
Empleo de la Lactancia Materna como herramienta de vínculo
Trabajo del vínculo madre - bebé
Aceptación de la nueva vida como madre
Integración de las luces y sombras de la maternidad y el puerperio
Revisión de los constructos mentales vertebradores a su personalidad y desconstrucción de los que han dañado
Incorporación del sistema de pareja y familia
Trabajo con la culpa para salir de la maternidad culpógena
Diálogo interno
Ampliación de la red social y búsqueda de grupo de iguales
Trabajo con la oxitocina, vínculo con el bebé más recibimiento para ella a través de masajes, caricias, paseos...
Ejercicio físico
Humor
Ayuda psicológica
Resignificación de lo sucedido como oportunidad de aprendizaje
Construcción del nuevo yo madre
Revisión de biografía y de lo transgeneracional
Ampliar la red de ayuda y búsqueda de grupo de iguales
Revisión de la historia perinatal

Fuente: (Ramírez Matos, E., 2022)

### **13.2. Anexo 2: Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta a 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 sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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

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

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

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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 siente hoy.

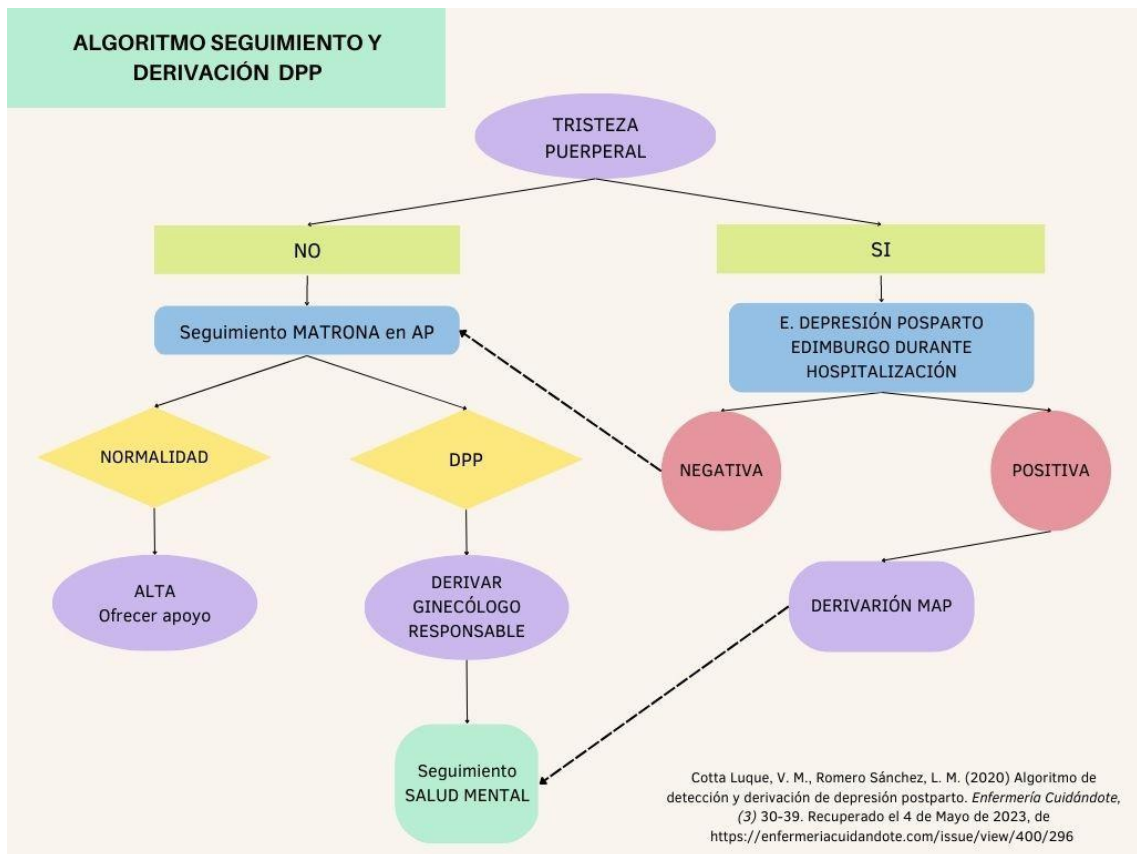
Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas  
Tanto como siempre  
No tanto ahora  
Mucho menos  
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer  
Tanto como siempre  
Algo menos de lo que solía hacer  
Definitivamente menos  
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien  
Sí, la mayoría de las veces  
Sí, algunas veces  
No muy a menudo  
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo  
No, para nada  
Casi nada Sí,  
a veces Sí, a  
menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno  
Sí, bastante  
Sí, a veces  
No, no mucho  
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian  
Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces  
No, casi nunca  
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir  
Sí, la mayoría de las veces  
Sí, a veces  
No muy a menudo  
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada  
Sí, casi siempre  
Sí, bastante a menudo  
No muy a menudo  
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando  
Sí, casi siempre  
Sí, bastante a menudo  
Sólo en ocasiones  
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma  
Sí, bastante a menudo  
A veces  
Casi nunca  
No, nunca

Fuente: (Cox, J.L. et al., 1987)



13.3. Anexo 3: Algoritmo seguimiento y derivación DPP



Fuente: *Elaboración propia*

13.4. Anexo 4: Cartel

**NO ESTÁS SOLA**  
PREVÉN LA DEPRESIÓN  
POSPARTO CON NOSOTROS

DEL 7 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE  
CENTRO DE SALUD DE BÉTERA



PREVENCIÓNDPP@GMAIL.COM

Fuente: *Elaboración propia*

13.5. Anexo 5: Ejemplo de material para sesiones

**TIPOS DE DPP**

**Disforia posparto**  
Estado depresivo leve. Ansiedad, labilidad emotiva, llanto y ánimo depresivo.  
Trastorno transitorio, de horas a pocos días (7- 10 días).

**Depresión posparto**  
Pérdida de satisfacción e interés, agotamiento físico, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse.  
Poco después del parto hasta un año más tarde.

**Psicosis posparto**  
Emergencia psiquiátrica. Ánimo deprimido o exaltado, insomnio, desajuste conductual, delirios, alucinaciones.  
Puede comenzar durante las primeras dos semanas posparto.

Fuente: Elaboración propia

## 13.6. Anexo 6: Infografía



# Depresión Posparto

### Información general

Una depresión de moderada a intensa en una mujer después de haber dado a luz. Se puede presentar poco después del parto hasta un año más tarde. *Síntomas y consecuencias dependerán del grado de depresión*

### Síntomas

Tristeza, pesimismo, inseguridad, desesperanza, pérdida o exceso de apetito, desbordamiento, sentimientos de autorreproche, ansiedad, impotencia o incapacidad ante la nueva situación

### Consecuencias

Abandono de los controles prenatales.  
Mala adherencia a las indicaciones de salud  
Deterioro del autocuidado que requiere la maternidad

### Factores de riesgo

Depresión durante el embarazo, falta de redes de apoyo, madres adolescentes, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, desempleo, antecedentes previos de cuadros de depresivos, antecedentes familiares de depresión

### Factores protectores

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

### Bibliografía

- Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), e261. Recuperado el 14 de enero de 2023, de <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>
- Alba González, R., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivera Hernández, V. del C., & Fernández Díaz, M. N. (2017). Actualización en depresión posparto. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1 (3). Recuperado el 17 de enero de 2023, de <https://www.tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50/38>

Fuente: *Elaboración propia*

### 13.7. Anexo 7: Cuestionario asistentes

La función de este cuestionario es poder evaluar la satisfacción de los asistentes al Proyecto de Salud Prevención para la Depresión Posparto, valorar si se han conseguido los objetivos propuestos por el proyecto y así obtener mejores resultados en un futuro.

1. ¿Estás embarazada? Si la respuesta es Sí indica las semanas:                      Sí            No

---

2. ¿A cuántas sesiones has asistido?        ( 1        2        3        4        5        6 )

3. ¿En qué turno has acudido a más sesiones?        ( Tardes            Mañanas )

4. ¿Por qué motivo no has podido asistir a alguna de las sesiones?

( Trabajo            Pereza            Motivos de Salud            Otros )

5. ¿Crees que es necesario ofrecer este tipo de Programas de Educación para la Salud?

Nada importantes        ( 1        2        3        4        5 )        Muy importantes

Justifica tu respuesta: \_\_\_\_\_

---

6. ¿Has aprendido con este Programa de EpS?

Muy poco        ( 1        2        3        4        5 )        Mucho

7. ¿Cambiarías algo de la organización del Programa?

---

8. ¿Cómo nos has conocido?

( Carteles            Centro de Salud            Por Conocidos )

9. ¿Cómo valoras la Sesión 1: “¿Qué es la Depresión Posparto?” ?

Nada interesante        ( 1        2        3        4        5 )        Muy interesante

10. ¿Cambiarías o añadirías algo a la sesión?

---

11. ¿Cómo valoras la Sesión 2: “¿Qué nos puede hacer la DPP?”?

Nada interesante ( 1 2 3 4 5 ) Muy interesante

12. ¿Cambiarías o añadirías algo a la sesión?

---

13. ¿Cómo valoras la Sesión 3: Perfil de riesgo?

Nada interesante ( 1 2 3 4 5 ) Muy interesante

14. ¿Cambiarías o añadirías algo de la sesión?

---

15. ¿Cómo valoras la Sesión 4: Factores protectores?

Nada interesante ( 1 2 3 4 5 ) Muy interesante

16. ¿Cambiarías o añadirías algo de la sesión?

---

17. ¿Cómo valoras la Sesión 5: Saber pedir ayuda?

Nada interesante ( 1 2 3 4 5 ) Muy interesante

18. ¿Cambiarías o añadirías algo de la sesión?

---

19. ¿Cómo valoras la Sesión 6: Grupo de apoyo?

Nada interesante ( 1 2 3 4 5 ) Muy interesante

20. ¿Cambiarías o añadirías algo de la sesión?

---

21. ¿Qué sesión de todas te ha gustado más?

---

Fuente: *Elaboración propia*

### 13.8. Anexo 8: Cuestionario profesionales

La función del siguiente cuestionario es que los profesionales que han impartido el programa puedan ofrecernos su opinión. Que evalúen el Programa de EpS para comprobar si se han encontrado con algún inconveniente a lo largo de las sesiones, si tienen alguna aportación y/o si piensan que algún cambio pudiese mejorar el programa.

#### Organización del programa

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Consideras que el periodo de las sesiones es adecuado?                                  | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 2. ¿Crees que las fechas de las sesiones están bien elegidas?                               | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 3. ¿Piensas que es adecuada la duración de las sesiones?                                    | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 4. ¿Se ha podido impartir bien la información en 6 sesiones?                                | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 5. ¿Ves adecuada el número de asistentes elegido para el programa?                          | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 6. ¿Crees que en un futuro se podrá ampliar el programa a un mayor número de participantes? | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 7. ¿El lugar dónde se han impartido las sesiones era el adecuado?                           | Sí | No |
| _____   |    |    |
| 8. ¿Realizarías algún cambio en la organización del programa?                               | Sí | No |
| _____   |    |    |

#### Resultados del programa

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 9. ¿Consideras que se han alcanzado los objetivos del programa? | Sí | No |
| _____   |    |    |

10. ¿Ha habido algún inconveniente que impidiese conseguir algunos de los objetivos establecidos? Sí      No

---

11. Evalúa el Programa de EpS

Nada interesante      ( 1      2      3      4      5 )      Muy interesante

12. ¿Te ha gustado impartir este programa?

Nada interesante      ( 1      2      3      4      5 )      Muy interesante

13. Quieres aportar algún comentario

---

---

---

Fuente: *Elaboración propia*