



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria junio

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Depresión posparto en mujeres, un programa preventivo.

Autora: Almudena Coral Cortés Pérez

Tutora: Mireia Orgilés Amorós

Cotutora: Silvia Melero Soriano

Elche, a 4 de junio de 2021

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MÉTODO.....	7
Criterios de inclusión y exclusión.....	7
Objetivos.....	7
<i>Objetivo general.....</i>	<i>7</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>7</i>
Evaluación de la intervención.....	8
Sesiones.....	10
DISCUSIÓN.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	26
Anexo 1.....	26
Anexo 2.....	27
Anexo 3.....	28
Anexo 4.....	34
Anexo 5.....	35
Anexo 6.....	36
Anexo 7.....	37
Anexo 8.....	38
Anexo 9.....	39
Anexo 10.....	40
Anexo 11.....	44

RESUMEN

La depresión posparto es uno de los problemas de salud mental pública que más afecta a las mujeres a nivel mundial. En España, su prevalencia ronda del 12% y al 16%, aunque estas cifras son poco fiables, puesto que esta problemática es infradiagnosticada. La bibliografía referente a la depresión posparto es escasa en castellano en contraposición a la que hay publicada en inglés. Aun así, los estudios publicados confirman que el problema de la depresión posparto es bastante prevalente, y a pesar de ello, no hay a penas intervenciones enfocadas en la prevención. Es por ello por lo que se apuesta en el presente trabajo por un diseño de un programa dirigido a la prevención de la depresión posparto en mujeres, con una duración de ocho sesiones semanales. El objetivo de esta intervención es reducir la sintomatología depresiva en madres primíparas o multíparas por medio de la psicoeducación en un grupo de ayuda mutua con un enfoque cognitivo – conductual. Mientras que en otras intervenciones se trabaja la activación conductual, la detección de pensamientos negativos y el aumento de actividades agradables, en este se añaden tres componentes básicos más, tales como la mejora de la autoestima, la comunicación asertiva y la resolución de problemas, siendo en su totalidad un programa preventivo especialmente útil en el ámbito sanitario.

Palabras clave: depresión posparto, mujeres, prevención, embarazo, puerperio, perinatal, grupo de ayuda mutua.

INTRODUCCIÓN

La vida de las personas está sujeta a constantes cambios desde que se nace, y el ser humano, por naturaleza, posee una buena capacidad adaptativa y resiliente que le permite avanzar a pesar de las dificultades o cambios (Saavedra y Villalta, 2008; Truffino, 2010). Si bien es cierto que hay periodos en la vida en los que se presencian acontecimientos más estables, en contraposición hay otros más inestables o que suelen implicar gran vulnerabilidad, tanto emocional como psicológica (Meléndez et al., 2017). Algunos de los acontecimientos que se pueden englobar son el embarazo, el parto y el puerperio, y no todas las mujeres viven estos momentos con emociones totalmente positivas, sino que también existe un amplio espectro de mujeres que sufre diferentes cambios emocionales (Meléndez et al., 2017). Estos cambios suelen interferir de manera significativa en sus vidas, repercutiendo en su bienestar y en el de su familia, convirtiéndose de este modo en una problemática que no suele ser diagnosticada, y por ende, no tratada (Meléndez et al., 2017; Vesga-López et al., 2008).

Dentro de este marco tan extenso, destaca la depresión posparto. Este trastorno se considera la complicación psiquiátrica más frecuente en el periodo posnatal, puesto que, es un período de mayor susceptibilidad debido a las fluctuaciones hormonales, las nuevas demandas existentes dirigidas al cuidado del recién nacido y la reducción de la interacción de variables psicosociales (Mendoza y Saldivia, 2015). Siguiendo la línea, para poder conocer qué es la depresión posparto, la American Psychiatric Association (APA, 2013) define en un primer lugar la depresión, e incluye dentro de otros trastornos depresivos, un especificador de la depresión con inicio en el periparto. Para que una mujer sea diagnosticada de depresión posparto ha de cumplir los criterios para la depresión mayor y además, que el inicio de los episodios del estado de ánimo se produzca durante el embarazo (APA, 2013) o hasta las ocho semanas del posparto (Stasik-O'Brien, McCabe-Beane y Segre, 2019); sin embargo, existe alguna investigación que apunta que el periodo podría ampliarse hasta los tres meses después del parto (Wisner et al., 2002).

La depresión posparto es uno de los trastornos de salud que afecta, principalmente, a mujeres pertenecientes a los países en desarrollo o emergentes; se considera que posee una etiología multifactorial y perjudica áreas como la salud, el comportamiento e incluso el desarrollo del neonato, tanto en el periodo gestacional como en el crecimiento posterior al nacimiento (Cuero-Vidal y Díaz-Marín, 2013). Algunos de los factores de riesgo asociados a padecer depresión posparto son la falta de protección o apoyo social, que el embarazo sea no deseado, antecedentes familiares

de depresión o enfermedades psiquiátricas, antecedentes personales de depresión o ansiedad, factores psicosociales estresantes (ej. pérdida de estatus, violencia de género), sociodemográficos (ej. edad, nivel educativo, dificultades económicas) y físicos (ej. violencia intrafamiliar) (Biaggi et al., 2016; Pedraza Seco et al., 2019; Valencia, 2016;).

Los síntomas clínicos que suelen manifestarse son la tristeza, el llanto, el rechazo hacia el bebé recién nacido y hacia la familia, la poca expresividad, ideas suicidas u homicidas (Stasik-O'Brien et al., 2019). Además, tal y como expone el DSM 5 (APA, 2013), pueden aparecer factores como ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, alteración de apetito, de sueño, agitación física o retardo psicomotor, fatiga, disminución de la energía, sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración o habilidad para tomar decisiones e ideación suicida iniciada en las cuatro semanas posteriores al parto. Entre el 60 y el 85% de las madres pueden presentar síntomas depresivos en los primeros días después del parto debido a las fluctuaciones hormonales y factores psicológicos, pero en contraposición a la depresión posparto, estos suelen ser leves y remiten pronto, lo que se conoce como "postpartum blues" (Mendoza y Saldivia, 2015; Valencia, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (Funk et al., 2010), uno de los trastornos psicológicos más prevalentes e incapacitantes es la depresión, que además de ser la principal causa de discapacidad, afecta más a las mujeres que a los hombres. En España, la prevalencia de la depresión posparto ha ido variando con el paso de los años, comprendiendo cifras entre un 12% y un 16% (Moreno et al., 2015; Valencia, 2016), si bien es cierto que es complicado dar una cifra exacta porque muchos estudios reportan diferentes prevalencias y no es una problemática que esté actualizada constantemente (Tolosa Luna et al., 2019). En población estadounidense, la prevalencia es menor, entre un 8,3% y un 12,7% (Grote et al., 2010), pero aumenta a un 46,3% en el caso de las madres solteras, mujeres con niveles socioeconómicos bajos, adolescentes, latinoamericanas, y que hayan consumido alcohol durante el embarazo (Almeyda Martínez, 2018).

Puesto que en el Sistema de Salud Nacional Español no existen suficientes datos estadísticos en relación a la vigilancia de la salud perinatal, de modo que puedan monitorizarse las necesidades de las madres (Ayerza y Herraiz, 2015) es de especial interés incorporar nuevas medidas dirigidas a la prevención y mitigación de la depresión posparto, con el objetivo de paliar esta problemática que va tomando relevancia, y por ende disminuir el gasto público en el Sistema de Salud Pública Español (Marcos-Nájera

et al., 2017). Por ello, sería crucial que el personal de salud evaluara la sintomatología depresiva durante el embarazo y después de éste, para poder realizar intervenciones psicoterapéuticas con las madres, ya sean de tipo preventivas o de tratamientos, puesto que han evidenciado gran eficacia mediante datos empíricos como un buen tratamiento de primera elección (Mendoza y Saldivia, 2015; Stuart et al., 2003).

La extensa literatura que engloba la problemática de la depresión posparto recoge, en su gran mayoría, el tratamiento de ésta (Araya et al., 2003; Rojas et al., 2007). Sin embargo, escasos estudios abordan la prevención de la misma ni existe un consenso establecido. Por este motivo, se considera de especial importancia el aumento de la investigación que avale los beneficios y la efectividad de la prevención de este tipo de trastornos (Mendoza y Saldivia, 2015). Es decir, es necesario implementar intervenciones preventivas de tipo psicosocial a madres con riesgo de padecer depresión posparto. En España se han realizado algunos estudios piloto con el objetivo de prevenir la depresión posparto, como el *Proyecto Mamás y Bebés*, desarrollado en Estados Unidos. Esta intervención se implementó en un total de 8 semanas y ha demostrado eficacia para la prevención de esta problemática en mujeres españolas (Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

En base a los estudios consultados y las conclusiones comentadas anteriormente, se destaca la necesidad de diseñar e implementar intervenciones dirigidas a la prevención de la depresión posparto en mujeres jóvenes, especialmente aquéllas que muestren los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a desarrollar depresión (Biaggi et al., 2016). Prevenir esta problemática en este colectivo contribuirá a reducir las graves consecuencias psicológicas y sociales asociadas, tanto en la madre como en el recién nacido, sin olvidar también a la familia cercana.

MÉTODO

El programa expuesto a continuación se trata de una intervención psicoeducativa con un enfoque cognitivo-conductual dirigida a la prevención de la depresión postparto, diseñada para aplicarse en la modalidad grupal y en contexto clínico. El programa contará con un total de ocho sesiones, de periodicidad semanal, las cuales durarán aproximadamente una hora y media y estarán compuestas por un máximo de 8 mujeres en cada taller.

Las participantes en el programa serán captadas a través del Hospital General Universitario de Alicante y del Instituto Materno Infantil (IMI) de Alicante mediante la derivación por parte de las matronas o enfermeras y enfermeros. Será en el Instituto Materno Infantil donde se localizará la realización de las sesiones del programa al completo, siendo coordinado por un total de dos psicólogas colegiadas y especializadas en psicología perinatal.

Criterios de inclusión y exclusión

El programa va dirigido a mujeres embarazadas que se encuentren como mínimo en la semana 13 de gestación, la cual corresponde al tercer mes, tanto primíparas como multíparas, a partir de los 18 años, que puedan leer y escribir, y que presenten sintomatología depresiva, posean un historial previo con esta sintomatología o cualquier tipo de trastorno del estado de ánimo. Se consideró un criterio de exclusión presentar otras alteraciones psicológicas como: trastornos del neurodesarrollo y neurocognitivos, trastornos psicóticos o disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y trastornos de la personalidad.

Objetivos

Objetivo general

- Reducir la sintomatología depresiva en madres primíparas o multíparas.

Objetivos específicos

- Detectar los pensamientos negativos/desadaptativos y modificarlos por otros más positivos/adaptativos.
- Potenciar la resolución de problemas.
- Fomentar el autocuidado y las conductas saludables.
- Comunicar asertivamente los sentimientos, emociones y necesidades a las personas que les rodean.
- Promover la realización de actividades agradables.

- Fortalecer la autoestima.

Evaluación de la intervención

Para evaluar la sintomatología depresiva previo comienzo del programa se utilizará el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II; Beck et al., 1990). Este cuestionario consta de 21 ítems que determinan la severidad de los síntomas y conductas de depresión. La puntuación total se obtiene con el sumatorio de sus respuestas que puede oscilar de 0 a un máximo de 63 puntos. En este estudio se utilizó la versión española del BDI-II (Sanz et al., 2003) que ha mostrado una elevada consistencia interna tanto en población general ($\alpha = 0,87$) como en población clínica ($\alpha = 0,89$). Este cuestionario se utilizará como instrumento de selección de la muestra. Los puntos de corte son los siguientes: de 5 a 9 puntos, depresión mínima; de 10 a 18 puntos, depresión leve a moderada; de 19 a 29 puntos, depresión moderada a severa y de 30 a 63 puntos, depresión severa, por lo que las mujeres que presenten una puntuación ≥ 10 puntos de sintomatología depresiva serán incluidas en el programa (Cortés et al., 2020; Valdés et al., 2017).

Para evaluar el nivel de autoestima se empleará la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2004). Este instrumento está compuesto por un total de 10 ítems de tipo Likert que se responden en una escala de cuatro puntos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). Presenta una consistencia interna de $\alpha = 0,86$.

Para evaluar la depresión posparto se utilizará la *Escala de Edinburgo para depresión posparto* (Campo-Arias et al., 2007). Esta escala es un autoinforme que consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta puntuables de cero a tres puntos, que, tal y como indican sus autores, explora síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Este instrumento ha mostrado una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,78$). Se considera ≥ 12 como puntuación indicativa de depresión posparto (Cortés et al., 2020).

Finalmente, para evaluar la comunicación asertiva se hará uso del *Inventario de Asertividad de Gambrill y Ritchey* (1975). Este inventario de tipo autoinforme está compuesto por un total de 40 ítems de tipo Likert, divididos en dos dimensiones: Grado de Ansiedad o Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR). La primera dimensión puntúa las respuestas en una escala de 1 (nada) a 5 (muchísimo) y la segunda dimensión lo hace de 1 (siempre lo hago) a 5 (nunca lo hago). Los ítems presentan situaciones en las que las personas interactúan con otras, ya sean amigos,

conocidos o extraños, y se engloban en 8 categorías: el rechazo de peticiones, la admisión de limitaciones personales, el inicio de contactos sociales, la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, la realización de conductas asertivas en lugares públicos, discrepancias con los otros y el afrontamiento de críticas recibidas (Cervantes et al., 2010). Este instrumento cuenta con una consistencia interna de $\alpha = 0,94$ para el cuestionario total y de $\alpha = 0,91$ y $\alpha = 0,88$ para las subescalas GI y PR.



Sesiones

SESIÓN 1 – “*Conociéndome de nuevo parte I*”

Objetivo: Fomentar el autocuidado y las conductas saludables.

Duración: 90 min.

Material: Mesas, sillas, bolígrafos, autorregistro (Anexo 1), pizarra con rotuladores y borrador, ordenador con proyector, batería de cuestionarios y dossier explicativo (Anexo 2).

Desarrollo de la sesión

Los minutos iniciales se dedicarán a que las asistentes se presenten y expliquen en qué periodo del embarazo se encuentran (15 min.). Se les preguntará qué esperan obtener del programa y qué conocen acerca de la depresión posparto. En esta primera toma de contacto se pretende crear un clima de confianza, en el cual las mujeres comprendan la máxima principal del grupo: “*Yo puedo ser tú y tú puedes ser yo*”.

Seguidamente, se explicarán las bases teóricas de la depresión posparto, junto con las variables predictoras más generales y el modelo explicativo (15 min).

Al mismo tiempo, se hará entrega de un pequeño dossier explicativo (Anexo 2), con información teórica que se abordará en el programa y material adicional para que las mujeres participantes puedan ampliar información.

Durante los próximos 30 minutos, aproximadamente, se hará entrega de la batería de cuestionarios inicial para su cumplimentación. Puesto que las participantes en el programa han sido incluidas por haber puntuado ≥ 10 en *el Inventario de Depresión de Beck*, utilizarán este espacio de tiempo para completar el resto de los cuestionarios. (Cuestionarios disponibles en Anexos 3, 4, 5 y 6 respectivamente).

Tras la recogida de los cuestionarios pretest, se hará una puesta en común de las actividades que han dejado de hacer debido al embarazo o que piensan que tendrán que abandonar cuando llegue el momento (30 min.). Cada asistente tendrá una hoja de autorregistro (Anexo 1) en la cual podrá anotar las acciones que considere. Al mismo tiempo, se irán anotando los planes más repetidos en la pizarra. Al acabar se propondrán acciones de autocuidado, que a su vez sean conductas saludables y que sean capaces de hacer durante la próxima semana, ya sean las que habían dejado de lado u otras nuevas. Esto último se corresponderá a las tareas que han de realizar para casa. Para finalizar la sesión se expondrá la importancia de seguir manteniendo

conductas que les hagan sentir bien en su día a día, ya sea para desconectar durante un rato o para dedicarse tiempo a una misma.

SESIÓN 2 – “Conociéndome de nuevo parte II”

Objetivo: Fomentar el autocuidado y las conductas saludables.

Duración: 90 min.

Material: mesas, sillas, bolígrafos, pizarra con rotuladores y borrador y el autorregistro de la sesión 1.

Desarrollo de la sesión

Al inicio de la sesión se preguntará si han podido realizar alguna de las actividades que añadieron la semana anterior en sus autorregistros, o si, de lo contrario, han realizado alguna actividad que no habían anotado, pero consideran que son conductas saludables o de autocuidado, tales como salir a caminar, arreglarse un poco para cenar con amigos, darse un baño relajante, etc. (20 min.)

Después, se les pedirá que, en el recuadro vacío de la parte inferior del autorregistro, anoten lo que hayan sentido tras realizar las actividades que se habían propuesto y posteriormente se hará de nuevo una puesta en común. (20 min.)

El tiempo restante de la sesión se centrará en una explicación general de la importancia de realizar ejercicio físico moderado en mujeres embarazadas, combinado a una buena alimentación y recalando que, cuanto más consideración tengan hacia sus cuidados, mejor se sentirán a largo plazo (40 min).

Los últimos 10 minutos se dedicarán a explicar la tarea para casa. Se recomienda a las participantes que realicen como tarea para casa, al menos, 30 minutos de ejercicio moderado como puede ser bailar, caminar, yoga, etc.

SESIÓN 3 – “Hoy tengo gym mental”

Objetivo: Fortalecer la autoestima.

Duración: 90 min.

Material: sillas, mesas, material de autoestima (Anexo 7) papeles en blanco y bolígrafos.

Desarrollo de la sesión

Al principio de la sesión se hará entrega del material que se utilizará en esta sesión (Anexo 7) y se realizará una explicación sobre el concepto de la autoestima y la capacidad de influencia que ésta tiene en nuestro autoconcepto, nuestras relaciones y en general, nuestra vida. (20 min.)

A continuación, se pedirá a las asistentes que escriban en la hoja 2 del material dado mínimo 5 cualidades buenas de ellas mismas; es importante recalcar que no es necesario que sean cosas grandes, simplemente positivas, ya sean generales o específicas. Si alguna de las asistentes no logra encontrar suficientes cualidades, se pedirá al grupo que la ayude a reflexionar. Cuando todas tengan su lista, se podrán poner en común. (20 min.)

Después, siguiendo la dinámica, deberán escribir 5 cosas buenas o más que crean que serán buenas haciendo cuando nazca el bebé, o que ya son capaces de hacer en estos momentos de embarazo. Del mismo modo, se hará una puesta en común cuando todas lo tengan escrito. (20min.)

La última media hora de la sesión se centrará en potenciar la autoestima de las participantes mediante una charla que normalice los cambios que han sufrido sus cuerpos tales como fluctuaciones de peso, estrías, vientre diferente, apariencia en general. Además, se resaltarán la importancia de la aceptación de una misma, potenciando los aspectos positivos de cada una de ellas.

SESIÓN 4 – “El primer paso es disfrutar”

Objetivo: Promover la realización de actividades agradables.

Duración: 90 min.

Material: sillas, mesas, ordenador con altavoces y proyector, esterillas y material de pintura con acuarela.

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se explicará de forma teórica la importancia de realizar actividades agradables en el día a día y se animará a que las asistentes den ejemplos de actividades que les podrían parecer placenteras. Entre todas se creará una jerarquía de actividades agradables para ir introduciendo en sus rutinas, aunque sólo sea por unos minutos al día (30 min).

Durante la siguiente hora, se escogerán las posibles actividades que hayan propuesto para realizarlas en ese momento. Por ejemplo: si escogen cantar o bailar se habilitará un espacio para que las participantes puedan escoger música y disfrutar un rato; si escogen realizar relajación o mindfulness se preparará la sala entre todas para utilizar las esterillas y tener un momento más zen; o por el contrario, si prefieren dejar su mente creativa brotar, se ofrecerán pinceles y pinturas para pintar.

Al finalizar las actividades se animará encarecidamente a que busquen pequeños ratos libres y hagan este tipo de actividades, o aquellas que más les guste, cuando les sea posible. Como consejo extra, se recomendará que llamen a sus parejas, algún familiar o amigos y amigas para realizar las actividades juntos, ya que los beneficios serán multiplicados.

SESIÓN 5– “Soy capaz de mucho”

Objetivo: Detectar los pensamientos negativos/desadaptativos y modificarlos por otros más positivos/adaptativos.

Duración: 90 min.

Material: mesas, Anexo 8, pizarra con rotuladores y sillas.

Desarrollo de la sesión

Al principio de la sesión se preguntará a las asistentes qué actividades agradables han conseguido realizar durante la semana anterior. Se reforzará positivamente de manera verbal a las mujeres que hayan realizado alguna actividad. Las asistentes que, por lo contrario, no hayan realizado ninguna actividad agradable se les ofrecerá firmar un compromiso consigo mismas en ese mismo instante. Este documento lo deberán rellenar con su nombre, la actividad o las actividades agradables que se propongan realizar, la fecha en la que harán la actividad o actividades, la hora y la persona acompañante que tendrán en dicho momento (Anexo 8) Además, se les animará a que en la próxima sesión lo comenten en los minutos iniciales. (20 min.)

Después, se lanzará una pregunta al aire enfocada con el estilo del método socrático: “¿Qué cosas creéis que pueden ir mal?” y, según vayan contestando, se irán anotando las respuestas en la pizarra. Cuando haya bastantes se comentarán una a una, viendo la diferencia entre la probabilidad de ocurrencia y la realidad. Esta técnica consiste en aplicar la reestructuración cognitiva mediante preguntas como: “¿Estoy adelantando hechos sin saber si ocurrirán o no?”, “¿Mis pensamientos están reforzados por

sentimientos o por los hechos?”, “¿Estoy malinterpretando la realidad?”, “¿Tengo pruebas fiables y científicas que apoyen mi teoría?”, etc. (30 min.)

Finalmente, se explicarán, enseñarán y practicarán estrategias cognitivas para sustituir los pensamientos negativos o desadaptativos, tales como la detención de pensamiento mediante una palabra clave, el entrenamiento en desafío de pensamientos negativos, las autoinstrucciones y las técnicas de distracción. (40 min.)

SESIÓN 6– “Hablando s(m)e entiende la gente”

Objetivo: Comunicar asertivamente los sentimientos, emociones y necesidades a las personas que les rodean.

Duración: 90 min.

Material: mesas, sillas, Anexo 9, hojas de papel con bolígrafos y pizarra con rotuladores.

Desarrollo de la sesión

Si en la anterior sesión alguna o algunas participantes rellenaron los compromisos consigo mismas de actividades agradables, en los primeros minutos de la sesión, podrán comentar sus experiencias, pensamientos y sentimientos. Al igual que en la sesión 5, se reforzará positivamente de manera verbal las conductas realizadas. Si por lo contrario no han realizado las actividades, se les dedicará unos minutos para animarlas a que se comprometan a hacerlas en los próximos días. (10 min.)

Después, se realizará una exposición abordando los aspectos generales de la comunicación asertiva, más concretamente qué es, cuál es la mejor manera de usarla y cómo aprender a manejarla, distinguiendo los 3 tipos de comunicación existentes (pasiva, asertiva y agresiva) mediante un material audiovisual que, posteriormente, se les entregará en papel (Anexo 9). Cuando conozcan el término asertividad, se propondrá que practiquen la comunicación asertiva con algunos ejemplos como los siguientes: *“Algún familiar insiste en que vayas a comer a su casa, pero a ti no te apetece por diversos motivos (estás más cómoda en tu casa, te encuentras mal...)”, “Una compañera de trabajo te ha regalado con mucha ilusión unos pocos rosas, pero estás en contra de los estereotipos que asocian el color con el género y te gustaría cambiarlos”, “La madre de tu pareja insiste en que practiques algún ritual incómodo de su pueblo para que el hijo salga sano, pero tú piensas que es algo innecesario”. (20 min.)*

Seguidamente, se escribirán diferentes emociones en la pizarra/hojas, separadas por columnas, en concreto serán alegría, tristeza, ira, asco, miedo y sorpresa. En pequeños grupos se analizará cada emoción, primero definiéndolas, después poniendo ejemplos de situaciones en las que se observan cada una de ellas y finalmente cómo solemos reaccionar ante éstas. Cuando tengamos de manera visual en la pizarra/hojas la emoción, la definición, el ejemplo y la reacción, es el momento de la reformulación. Con este último paso se pretende generar un pensamiento diferente al que suele emerger sin darnos cuenta en las situaciones que nos controlan las emociones y en este caso, las asistentes tendrán que explicar sus emociones en esa situación en concreto, pero utilizando la comunicación asertiva. Cuando todos los grupos hayan acabado se hará una puesta en común emoción por emoción de los resultados que han obtenido, contrastando diferencias y similitudes y compartiendo diferentes puntos de vista.

Los/las profesionales que guían el taller, darán feedback durante todo momento y al finalizar cada actividad, explicarán ejemplos sobre cómo pueden expresar dichos pensamientos y emociones de manera asertiva a las personas que les rodeen, algo que hará mejorar las relaciones entre las mismas. Como tareas para casa, se animará a que todas las participantes practiquen la comunicación asertiva en sus rutinas diarias y traigan por escrito al menos una situación en la que hayan reflejado lo aprendido, para la próxima sesión.

SESIÓN 7– “*Dicen que a problemas soluciones*”

Objetivo: Potenciar la resolución de problemas.

Duración: 90 min.

Material: mesas, sillas, ordenador con proyector y Power Point del brainstorming (Anexo 10).

Desarrollo de la sesión

Los primeros minutos de la sesión se dedicarán a preguntar si han puesto en marcha las estrategias de comunicación asertiva de la anterior sesión y de qué manera. Además, se aprovechará para comentar las situaciones de comunicación asertiva que hayan traído escritas. (15 min.).

A continuación, se explicará la temática de la sesión: las técnicas de resolución de problemas. Se comentará que éstas conforman un grupo de técnicas cognitivo – conductuales que tienen como objetivo una conducta eficaz y deben seguir unos pasos

en concreto (orientación general hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución). Una vez tengan claros los conceptos, se les pedirá que compartan problemas que les hayan resultado difíciles o que le resulten difíciles de resolver durante el embarazo o respecto a la maternidad. Entre todas, junto a las coordinadoras, pueden comentar cómo podrían dar solución con las técnicas aprendidas. (30 min.)

Seguidamente, el tiempo restante se utilizará para realizar una actividad basada en la tormenta de ideas, “brainstorming”, con el objetivo de aportar entre todas soluciones a posibles problemas futuros expuestos (Anexo 10). Se presentarán en la pantalla del proyector un total de 9 situaciones que podrían ser problemáticas, las asistentes tendrán que dar posibles soluciones ante estos enunciados y, después de cada enunciado, se propondrá un ejemplo de solución. Para acabar, después de dar opción a dudas o sugerencias, habrá unos minutos en los que ellas podrán presentar situaciones problemáticas a las que no encuentren solución y, el cometido del grupo en su totalidad, con la ayuda de las terapeutas, será de encontrar alguna solución lógica y tranquilizadora al respecto. (45 min.) Al finalizar, se les hará entrega de la presentación en formato papel.

SESIÓN 8– “Comenzamos finalizando”

Objetivo: Finalizar el programa.

Duración: 90 min.

Material: mesas, sillas, batería de cuestionarios posttest y encuesta de satisfacción (Anexo 11).

Desarrollo de la sesión

La primera parte de la sesión se centrará en preguntar a las asistentes acerca del contenido del programa: qué es lo que más recuerdan, lo que más les ha gustado y lo que habrían mejorado. (10 min.)

Poco después se hará un resumen general de cada concepto que se ha tratado durante las semanas, resolviendo pequeñas dudas, recordando la importancia de cada punto y preguntando si han podido poner en práctica los conocimientos aprendidos en el taller.

Es importante subrayar la idea de que, aunque el programa haya terminado, comienza una etapa para ellas y todo lo que han aprendido les servirá en un futuro cercano y contribuirá a la estabilidad de su salud mental. (20 min.)

Casi en el ecuador de la última sesión se repartirá la batería de cuestionarios posttest para su cumplimentación. (30 min.)

Finalmente, se les hará entrega de una encuesta de satisfacción (Anexo 11) corta y sencilla de rellenar a modo de feedback para las/los profesionales que han impartido el taller. (10 min.)

Para terminar, se hará una pequeña despedida, incluyendo agradecimientos a todas las participantes que han formado parte del programa. (10 min.)



DISCUSIÓN

La finalidad de este programa se enfoca en detectar y prevenir de manera precoz la depresión posparto en mujeres españolas, mediante ocho sesiones que trabajan el autocuidado, las conductas saludables, la autoestima, las actividades agradables, la detección de pensamientos negativos para convertirlos en positivos, la comunicación asertiva y la resolución de problemas. Se ha puesto el punto de mira sobre este tipo de intervenciones preventivas en salud mental perinatal puesto que en España son escasas y limitadas; y dada la alta prevalencia, junto con el infradiagnóstico existente y el no ser tratadas en ocasiones, sería conveniente apostar por la prevención de este tipo de problemáticas que afectan a muchas mujeres en la sombra (García-Esteve et al., 2014; Meléndez et al., 2017; Moreno et al., 2015.).

Después de realizar la revisión bibliográfica, queda reflejado el amplio camino que aún queda por labrar, debido a la escasez de programas preventivos o incluso líneas de investigación en castellano, en contraposición con los estudios publicados en inglés. Este aspecto puede justificar el escaso alcance de estas intervenciones a los profesionales en la práctica clínica, y la falta de formación, ya que no suelen evaluar estas problemáticas aun existiendo predisposición y factores de riesgo implicados. Por otra parte, el desconocimiento de las madres sobre la detección de sus propios síntomas fomenta el mantenimiento de una elevada prevalencia. Aun así, los estudios publicados en castellano suelen provenir de Latinoamérica y siguen siendo más numerosos a los encontrados en castellano y realizados en España (Valencia, 2016).

En concreto, en esta propuesta de programa preventivo de la depresión posparto, se le da especial importancia a la psicoeducación grupal puesto que ha demostrado ser una medida eficaz para disminuir la prevalencia, ya que permite conocer la existencia de la patología y los pasos que hay que seguir para superarla. La psicoeducación grupal tiene como objetivo la comprensión de los conceptos, el reforzamiento de los recursos que poseen las personas para el afrontamiento, la evitación de recaídas y la contribución al bienestar personal. Siendo la psicoeducación un componente tan extenso y con elevados beneficios, se ha considerado interesante tenerlo en cuenta para esta intervención psicoeducativa preventiva y se le ha dado protagonismo en cada una de las sesiones del programa (Benedito Monleón et al., 2004; Chávez-Courtois et al., 2008).

Para que la intervención psicoeducativa sea eficaz es esencial que exista una participación activa del paciente, desde el análisis de la problemática que le afecte hasta la posible solución o soluciones que puedan escogerse; es por ello por lo que se ha

querido enfocar cada sesión de manera que la interacción terapeuta-paciente sea lo más enriquecedora e interactiva posible, fomentando las actividades grupales, el brainstorming o incluso los debates. Cuando este tipo de intervenciones se implementan de manera grupal, los beneficios aumentan, ya que varias personas a la vez pueden beneficiarse por el intercambio de experiencias y puntos de vista diferentes, convirtiéndose en un espacio de confianza y ayuda mutua en el cual pueden expresarse sin temor, algo que aumenta su valor y previene de dificultades más severas en el futuro (Tena et al., 2010).

El mayor beneficio que resalta en el programa presentado es que abarca diferentes variables que podrían intervenir en el estado de ánimo, más concretamente la autoestima, el apoyo social y el refuerzo positivo, entre otros, en un mismo programa. Asimismo, se tratan otros conceptos que también tienen relación directa con la mejora de la depresión y la creación de un autoconcepto más fuerte y seguro, como son los componentes relacionados con la activación conductual (fomento de actividades agradables, autocuidado y conductas saludables), la reestructuración cognitiva y la comunicación asertiva (Escribano, 2016; Rondón et al., 2018; Santiago et al., 2013).

Mientras que el programa *Mamás y Bebés*, de procedencia estadounidense pero adaptado al castellano, se centra en tres módulos de aprendizaje cognitivo y comportamental, los cuales son el incremento de actividades agradables, la detección de pensamientos negativos y el aumento de interacciones sociales, este programa utiliza la técnica cognitivo – conductual denominada activación conductual añadiendo estrategias de autocuidado y conductas saludables, además introduce la mejora de la autoestima, el entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas o conflictos. Estos componentes enriquecen el aprendizaje y el cambio anímico y comportamental en esta etapa tan llena de cambios físicos, emocionales y cognitivos, choques de expectativas con la realidad y diferencias en cuanto a las experiencias (Le et al., 2019).

Teniendo la depresión posparto en el punto de mira, se puede decir que es uno de los problemas de salud mental pública que más afecta a las mujeres, es decir, es una de las complicaciones obstétricas más comunes. Junto con la desinformación y los mitos, la falta de recursos e información para que las madres reciban ayuda psicológica durante el embarazo y el puerperio hace que sea más complicado sobrellevar el problema y ponerle una solución. Considerando las pocas intervenciones sanitarias por parte de los hospitales para tratar este trastorno, no es de extrañar que las cifras de prevalencia vayan subiendo conforme pasa el tiempo. Es por todo lo anteriormente

expuesto que sería de vital importancia implementar nuevos protocolos, realizar investigaciones al respecto, evaluar la eficacia de programas dirigidos a la depresión puerperal, generar consciencia en la población sobre la problemática, dar importancia a las evaluaciones para realizar cribados, movilizar a la población para reivindicar los derechos de un embarazo y puerperio con estabilidad mental, etc. Estas acciones permitirían prevenir la depresión en las embarazadas cuanto antes y evitar que empeore su pronóstico o aparezcan otras dificultades psicológicas asociadas. Por tanto, las intervenciones preventivas como la que se ha propuesto en este trabajo, son de especial importancia para la reducción de las posibles consecuencias negativas a largo plazo que puedan afectar a la madre y/o al desarrollo psicosocial del recién nacido (Caparros-Gonzalez et al., 2018; Chávez-Courtois et al., 2008; Jadresic, 2017; Moreno et al., 2015).

Una de las limitaciones que se puede destacar del programa es que su eficacia no ha sido evaluada, puesto que se trata de una propuesta que no ha sido implementada hasta el momento. Otra de ellas es que, dado el alto porcentaje de prevalencia y el escaso personal sanitario disponible y formado en esta temática, su implementación podría verse dificultada debido a una alta demanda en el sistema de salud y escasez de recursos. Esto daría lugar a que sólo una pequeña parte de la población pudiera beneficiarse de los recursos ofrecidos para la prevención del problema. A pesar de estas limitaciones, la implementación de un programa preventivo de la depresión posparto de estas características, breve, estructurado y rentable a nivel de recursos, es de gran utilidad y relevancia para el ámbito sanitario, especialmente para hospitales públicos y privados. Este tipo de protocolos favorecen la mejora de la salud mental de la población y contribuyen a la disminución de trastornos psicológicos tan prevalentes como la depresión postparto.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeyda Martínez, Y. M. (2018). Características sociodemográficas y riesgo de depresión puerperal en pacientes del Hospital San Jose, Enero–Junio 2017. pág. 373-377. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a02.pdf>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G. y Peters, TJ (2003). Tratamiento de la depresión en atención primaria en mujeres de bajos ingresos en Santiago, Chile: un ensayo controlado aleatorizado. *The Lancet*, 361 (9362), 995-1000. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12825-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12825-5)
- Ayerza, A. y Herraiz, N. (2015). Indicadores de salud perinatal: diferencias entre la información registrada por el INE y la de los hospitales donde se atienden los nacimientos. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 1-4 <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100001>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1990). *Beck depression inventory -II*. The Psychological Corporation.
- Benedito Monleón, M., Carrió Rodríguez, M., Valle del Valle, G. D. y Domingo González, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 165-176. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400009&lng=es&tlng=es.
- Besteiro, E. M., Aliaga, M. T., Pineda, M., Alegre, J. M., Berlanga, J. F. y Martín, P. B. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6 (1), 37-48. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.1.2001.3903>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. y Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M. y Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista*

Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 58 (4), 277-283.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214323003>

Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Cervantes, S. C., Lagunes, I. R., Aragón, S. R. y Loving, R. D. (2010). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1 (29), 27-50.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645441003>

Chávez-Courtois, M., Hernández-Maldonado, A., Arce-Zacarías, E., Bolaños-Delfín, I., González-Pacheco, I. y Lartigue-Becerra, T. (2008). Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(4), 270-278.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=21104>

Cortés, E. D. C. M., Gómez, V. L. y Bojalil, J. A. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta médica de México*, 156(3), 202-208.
<http://dx.doi.org/10.24875/GMM.19005424>

Cuero-Vidal, O. L. y Díaz-Marín, A. M. (2013). Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 371-378.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195229800003>

Escribano, A. S. (2016). Prevalencia de alteraciones del estado de ánimo en las mujeres puérperas. *Metas de enfermería*, 19(7), 5.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5621097>

Funk, M., Drew, N., Freeman, M., Faydi, E. y World Health Organization. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organizations. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44257>

Gambrill, E. D. y Ritchey, C. A. (1975). Un inventario de afirmaciones para su uso en evaluación e investigación. *Terapia de comportamiento*, 6 (4), 550-561.

- García-Esteve, L., Giménez, A. T., Gurrutxaga, M. L. I., García, P. N., Terrén, C. A. y Gelabert, E. (2014). *Maternity, migration, and mental health: comparison between Spanish and Latina immigrant mothers in postpartum depression and health behaviors*. (pp. 15-37). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8045-7_2
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. y Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1012-1024. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/210887>
- Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874-880. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
- Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N. y Marcos-Nájera, R. (2020). Preventing perinatal depression in Spain: A pilot evaluation of Mamás y Bebés. *Journal of reproductive and infant psychology*, 38(5), 546-559. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1687859>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Izquierdo-Mendez, N., Olivares-Crespo, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M. y Corbino, J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
- Mendoza, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Moreno, M. D. M., García, A. B. y Villar, V. R. (2015). Depresión posparto. *TRANCES. Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud* (3), 499-508. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427664>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Depresión. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Pedraza Seco, J. A., Toloza Luna, K. D. y Uribe Jaimes, Y. A. (2019). Factores de riesgo asociados a la depresión postparto. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/14937>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Le, H. N., Soto, C., Olivares, M. E. y Izquierdo, N. I. (2017). Proyecto mamás y bebés-españa. Un estudio piloto para prevenir la depresión posparto. *Psicosomática y psiquiatría*, (1), 89-89. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1687859>
- Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Jadresic, E., Castillo, C., González, M., Guajardo, V., Lewis G., Peters T. y Araya, R. (2007). Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9599), 1629-1637. [10.1016 / S0140-6736 \(07\) 61685-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61685-7)
- Rondón Bernard , J. E., Cardozo Quintana , I. del V. y Lacasella Faltone , R. (2018). Influencia de la depresión los estilos de comunicación y la adhesión al tratamiento sobre los niveles de glucosa en personas con diabetes. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 39-53. <https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.3>
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100005&lng=es&tlng=es.
- Santiago, E. S., Ocasio, G. R. y Hernández, N. R. (2013). Aceptación al Programa Estrategias para Mantener un Ánimo Saludable (EMAS): Un Programa de Prevención de la Depresión para Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 47 (2), 329-337. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28430082016>
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Stasik-O'Brien, SM, McCabe-Beane, JE y Segre, LS. (2019). Utilización de la EPDS para identificar la ansiedad en madres de lactantes en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Investigación clínica en enfermería*, 28(4), 473-487. <https://doi.org/10.1177/1054773817740532>

- Stuart, S., O'Hara, MW y Gorman, LL. (2003). La prevención y el tratamiento psicoterapéutico de la depresión posparto. *Archivos de salud mental de la mujer*, 6 (2), 57-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Tena, A. R., Sánchez, R. C., Linares, E. M. F., Soler, A. E., Serna, I. F. y Osaba, M. A. C. (2010). Programa de psicoeducación para pacientes con sintomatología depresiva leve/moderada. *Presencia*, 6(12), 12. https://www.researchgate.net/profile/Rocio-Casanas/publication/281404844_Programa_de_psicoeducacion_para_pacientes_con_sintomatologia_depresiva_levemoderada
- Tolosa Luna, K., Uribe Jaimes, Y. y Pedraza Seco, J. (2019). *Factores de riesgo asociados a la depresión postparto*. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/14937>
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 3(4), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G. y Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Valencia, S. (2016). La depresión Postparto. [Tesis de doctorado, Universidad Pública de Navarra,]. [https://academica-unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://academica.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olsson, M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805. [10.1001 / archpsyc.65.7.805](https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805)
- Wisner, K. L., Parry, B. L. y Piontek, C. M. (2002). Depresión post-parto. *Revista de medicina de Nueva Inglaterra*, 347(3), 194-199. [10.1056 / NEJMcp011542](https://doi.org/10.1056/NEJMcp011542)

ANEXOS

Anexo 1

Autorregistro

ACTIVIDADES

HE DEJADO DE HACER... / PIENSO QUE DEJARÉ DE HACER...

HARÉ ESTA SEMANA

-DARME UN BAÑO RELAJANTE
-SALIR A CAMINAR
-ARREGLARME UN POCO MÁS
-QUEDAR CON AMIGOS Y AMIGAS
-NO CENAR SI ESTOY MUY CANSADA
-CLASES DE NATACIÓN

-SALIR A CAMINAR
-QUEDAR CON AMIGAS
-REALIZAR 5 COMIDAS DIARIAS

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

Nota: Ejemplo de autorregistro de actividades apartadas y planes de actividades para realizar próximamente.

Anexo 2

Dossier explicativo



DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES, PROGRAMA PREVENTIVO.

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN POSPARTO?

Cambios de humor
Tristeza, llanto excesivo
Rechazo al recién nacido
Poca expresividad
Desesperanza
Miedo, ansiedad
Pensamientos agresivos
Reducción del interés
Alteración del reloj biológico

Durante: embarazo y cuatro semanas siguientes al parto



INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE ALICANTE
SALUD MATERNA



Biblioteca

UNIVERSITAT MIGUEL HERNÁNDEZ

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Con este programa se pretende prevenir la posible aparición de la depresión posparto.

Es importante que se acuda a todas las sesiones formativas, puesto que en ellas se trabajarán técnicas que nos pueden ayudar en momentos críticos durante nuestro embarazo o posparto.

Juntas podemos conseguirlo.

“ LA DEPRESIÓN POSPARTO NO ES UN DEFECTO DE CARÁCTER O UNA DEBILIDAD. (DEPRESIÓN POSPARTO, S.F.)

INFORMACIÓN ADICIONAL

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de depresión (propia o familiar)
- Complicaciones durante el embarazo
- Tu bebé tiene problemas de salud
- Vives en un entorno complicado
- El embarazo fue no deseado

PREVENCIÓN

Nuestro programa se centra en prevenir la depresión posparto tanto si estás embarazada como si has dado a luz hace poco.

Si conoces a alguien que está en tu misma situación, animala a que hable con su médico y pueda buscar soluciones.

APOYO POSPARTO

Haz participe a tu círculo más cercano.

Cuéntales qué estás viendo en el programa, cómo te sientes, cómo te gustaría que te ayudaran o qué necesitas..

REFERENCIAS

[Depresión posparto]. (s.f.). Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>

Anexo 3

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

A continuación se expresan varias posibles respuestas a cada uno de los enunciados. Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado

- Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
- Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
- No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
- No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal
11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto

- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
- He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2,5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas

- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

En este apartado del cuestionario hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegramente el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy.

Marque con una X el círculo de la afirmación que haya escogido.

1.
 - No me encuentro triste
 - Me siento triste o melancólico
 - Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 - Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
2.
 - No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 - Me siento desanimado respecto al futuro
 - No tengo nada que esperar del futuro
 - No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
3.
 - No me siento fracasado
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 - Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
4.
 - No estoy particularmente descontento
 - No disfruto de las cosas como antes

- No encuentro satisfacción en nada
 - Me siento descontento de todo
- 5.
- No me siento particularmente culpable
 - Me siento malo o indigno muchas veces
 - Me siento culpable
 - Pienso que soy muy malo e indigno
- 6.
- No me siento decepcionado conmigo mismo
 - Estoy decepcionado conmigo mismo
 - Estoy disgustado conmigo mismo
 - Me odio
- 7.
- No tengo pensamientos de dañarme
 - Creo que estaría mejor muerto
 - Tengo planes precisos para suicidarme
 - Me mataría si tuviera ocasión
- 8.
- No he perdido el interés por los demás
 - Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 - He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9.
- Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 - Trato de no tener que tomar decisiones
 - Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar decisiones
- 10.
- No creo que mi aspecto haya empeorado
 - Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 - Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 - Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

11. Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo
12. No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
13. Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito



Anexo 4

Escala de autoestima de Rosenberg

Escala de autoestima de Rosenberg

Por favor, conteste a las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada teniendo en cuenta las siguientes equivalencias:

1 = Muy de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = En desacuerdo
4 = Muy en desacuerdo

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

Anexo 5

Escala de Edinburgh para la depresión posparto.

Escala de Edinburgh para depresión posparto.

Nombre:

Apellidos:

1. *He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas:*
 - Tanto como siempre
 - Ahora, no tanto como siempre
 - Ahora, mucho menos
 - No, nada

2. *He disfrutado las cosas que hago.*
 - Tanto como siempre
 - Menos que antes
 - Mucho menos que antes
 - Casi nada

3. *Me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien.*
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No con muchas frecuencia
 - No, nunca

4. *Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón.*
 - No, nunca
 - Casi nunca
 - Sí, a veces
 - Sí, con mucha frecuencia

5. *Me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón.*
 - Sí, bastante
 - Sí, a veces
 - No, no mucho
 - No, nunca

6. *He sentido que las cosas se me están viniendo encima.*
 - Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
 - Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
 - No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
 - No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

7. *He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir.*
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No con mucha frecuencia
 - No, nunca

8. *Me he sentido triste o miserable.*
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - No con mucha frecuencia
 - No, nunca

9. *He estado tan infeliz que me he puesto a llorar.*
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - Solo ocasionalmente
 - No, nunca

10. *Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma.*
 - Sí, bastante a menudo
 - Sí, a veces
 - Casi nunca
 - Nunca

Anexo 6

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)

A continuación se le presentarán 40 escenarios distintos. Si no se ha encontrado nunca en dichas situaciones que le propone un ítem, imagínese cómo se sentiría y cómo actuaría si se produjera la situación.

Para responder:

1º) Lea la afirmación.

2º) Responda en la columna de "Grado de Ansiedad" marcando la casilla que más se adecue a su nivel de activación siguiendo la siguiente escala:

1 = En absoluto
2 = Un poco
3 = Bastante
4 = Mucho
5 = Muchísimo

3º) Responda en la columna de "Probabilidad de respuesta" marcando la casilla que más se adecue con la frecuencia de su conducta siguiendo la siguiente escala.

1 = Siempre lo hago
2 = Habitualmente lo hago
3 = Aproximadamente la mitad de las veces
4 = Raramente lo hago
5 = Nunca lo hago

Grado de ansiedad						Probabilidad de respuesta				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Decir que No cuanto te piden prestado el coche	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Hacer un cumplido a un amigo	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Pedir un favor a alguien	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Resistir ante la insistencia de un vendedor	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Disculparse cuando cometes una falta	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Rehusar una invitación a una cita o a una reunión	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Admitir que estas asustado y pedir ayuda	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Decir a una persona con la que mantienes una relación íntima que algo de lo que está haciendo o diciendo te molesta	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Pedir un ascenso	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Admitir tu ignorancia sobre algún tema	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Decir que No cuando te piden dinero prestado	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Hacer preguntas personales	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Cortar a un amigo demasiado charlatán	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Pedir críticas constructivas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Iniciar una conversación con un desconocido	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Hacer un cumplido a una persona de la que estás enamorado o por la que estás interesado	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Pedir una cita a alguien	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Pedir una cita a alguien que ya te rechazó en otra ocasión	1	2	3	4	5

Anexo 7

Material adicional para la sesión 3

MI AUTOESTIMA

¿QUÉ ES?



LA AUTOESTIMA INFLUYE EN TODAS LAS ÁREAS DEL DESARROLLO: SOCIAL, EMOCIONAL, INTELECTUAL Y CONDUCTUAL.

ADEMÁS, INCIDE DIRECTAMENTE EN EL COMPORTAMIENTO Y EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO YA QUE ES LA FORMA DE EVALUACIÓN QUE TIENEN LAS PERSONAS HACIA SÍ MISMAS.

MI AUTOESTIMA

Y MIS CUALIDADES

CUALIDADES POSITIVAS

LO HARÉ/HAGO BIEN

Anexo 8

Documento de compromiso consigo mismas de la sesión 5.

MI COMPROMISO ES POR Y PARA MÍ:
YO _____ ME COMPROMETO A
REALIZAR LA/S
ACTIVIDAD/ES _____

EL DÍA _____

A LAS _____ HORAS.
EN ESE MOMENTO ME
ACOMPañARÁ _____

Anexo 9

Power Point asertividad: sesión 6.

ASERTIVIDAD
¿QUÉ ES?



LA ASERTIVIDAD CONSISTE EN UNA HABILIDAD DE COMUNICACIÓN QUE POSIBILITA LA EXPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS Y PERCEPCIONES, Y ELEGIR CÓMO REACCIONAR.

COMUNICACIÓN
TIPOS: AGRESIVO



COMUNICACIÓN CON AMENAZAS VERBALES Y NO VERBALES, INTERCAMBIANDO OFENSAS Y AFECTIVIDAD NEGATIVA.

CUENTA CON UNA VARIANTE Y PUEDE VOLVERSE AUTORITARIO CUANDO NO ES VIOLENTO PERO IMPLICA INTRANSIGENCIA, FRIALDAD, BÚSQUEDA DE CONTROL E INDIFERENCIA EN LA COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN
TIPOS: PASIVA



INHIBICIÓN DE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS QUE EN SITUACIONES NORMALES PODRÍAN SER EXPRESADAS.

COMUNICACIÓN
TIPOS: ASERTIVA



COMUNICAR DE MANERA DIRECTA LO QUE UNO PIENSA O SIENTE, SIEMPRE DE MANERA HONESTA Y TRANSPARENTE, SABRIENDO QUE NO VAMOS A INCOMODAR A OTRAS PERSONAS.

Anexo 10

Power Point del brainstorming en sesión 7

SESIÓN 7: DICEN QUE A PROBLEMAS SOLUCIONES

SITUACIÓN 1:

TENGO MIEDO DE QUE MI BEBÉ DESARROLLE PROBLEMAS EN LA LACTANCIA. ESTO ME GENERA ANSIEDAD Y ME SIENTO TODO EL DÍA AGOBIADA, ALGO QUE ME AGOTA EMOCIONALMENTE.

SOLUCIÓN 1:

NO DEBO ANTICIPAR SITUACIONES QUE AÚN NO HAN SUCEDIDO. ES ALGO QUE PUEDE PASAR, PERO HAY MUCHAS SOLUCIONES EXISTENTES Y MI BEBÉ CRECERÁ IGUAL DE SANNO.

SITUACIÓN 2:

CREO QUE NO VOY A SER CAPAZ DE SOPORTAR LOS DOLORS EN EL PARTO. ESTO ME GENERA PÁNICO, MALESTAR GENERAL, INQUIETUD Y CADA VEZ MÁS RECHAZO A QUE LLEGUE EL DÍA DEL PARTO.

SOLUCIÓN 2:

CUALQUIER ESPECIE ANIMAL ES CAPAZ DE SOPORTAR EL DOLOR QUE VA LIGADO AL PARTO. AUN ASÍ, LOS HUMANOS HEMOS CREADO ALGO MAGNÍFICO PARA QUE PUEDES VIVIR EL PARTO SIN DOLOR: LA EPIDURAL. PÍDELA Y ASÍ NO TENDRÁS DOLOR EN EL MOMENTO QUE NAZCA TU BEBÉ. ADEMÁS, ISI OTRAS MUJERES LO HAN PASADO TÚ TAMBIÉN PUEDES!

SITUACIÓN 3:

MI CUERPO HA CAMBIADO TANTO EN ESTOS MESES QUE AL MIRARME AL ESPEJO NO ME RECONOZCO, NO ME GUSTO Y ES ALGO QUE NO HE ACEPTADO. HE GANADO MUCHOS KILOS, TENGO ESTRÍAS Y YA NO SIENTO QUE LA ROPA ME QUEDE BIEN.

SOLUCIÓN 3:

EL CUERPO DE LAS MUJERES CAMBIA CONSTANTEMENTE Y MÁS CON EL EMBARAZO. PONTE PEQUEÑOS RETOS DIARIOS, CON BUENOS Y CONSTANTES HÁBITOS DE SALUD PUEDES VOLVER A VERTE BIEN, QUIZÁ DIFERENTE, PERO PIENSA QUE ITENDRÁS UN ACOMPAÑANTE ESPECIAL CONTIGO Y TE VERÁ CON LOS MEJORES OJOS/ QUE TÚ TE QUIERAS ES LO MÁS IMPORTANTE.

SITUACIÓN 4:

LLEVO MUCHAS NOCHES SIN DORMIR PORQUE A MI BEBÉ LE CUESTA CONCILIAR EL SUEÑO. MI PAREJA NO SE DESPIERTA CON EL LLANTO DEL BEBÉ Y SUELO SER YO QUIEN SE LEVANTA A CALMARLO PARA QUE VUELVA A DORMIRSE. ESTO HA LLEGADO A PASAR MÁS DE 10 VECES POR NOCHE Y SIENTO QUE NO DESCANSO NADA. ¿QUÉ PUEDO HACER PARA DESCANSAR?

SOLUCIÓN 4:

HABLAR CON MI PAREJA Y EXPLICARLE LA SITUACIÓN, LLEGANDO A UN ACUERDO EN EL QUE CADA NOCHE PUEDE LEVANTARSE UNO PARA QUE LA OTRA PERSONA PUEDA DESCANSAR, RECALCANDO QUE ESTE PERIODO ES TRANSITORIO Y NO SERÁ PARA SIEMPRE.

SITUACIÓN 5:

ANTES DE QUEDARME EMBARAZADA TENÍA UN TRABAJO ESTABLE QUE ME APASIONABA. HAY MUCHAS PROBABILIDADES DE QUE NO ME RENUENEN EL CONTRATO AHORA QUE ACABO DE SER MADRE Y ES ALGO QUE ME ENTRISTECE, YA QUE ESTABA MUY A GUSTO EN ESA EMPRESA. CON EL DINERO QUE GANA MI PAREJA PODEMOS VIVIR PERFECTAMENTE, PERO SIENTO QUE MI VIDA HA PERDIDO EL RUMBO QUE LLEVABA. NO APROVECHO LOS DÍAS, TENGO LA CASA ABARROTADA, NO CONSIGO CONCENTRARME EN HACER BIEN LAS COSAS, ETC. ME SIENTO INÚTIL.

SOLUCIÓN 5:

ES NORMAL QUE EXPERIMENTES UN CAMBIO EN TU VIDA. HAS PASADO DE SER LA PROTAGONISTA A SER LA ACTORA SECUNDARIA DE LA ESCENA, PERO COMO TODO, ES TRANSITORIO. UN CONSEJO ES QUE INTENTES PLANIFICAR EL DÍA CON 1 O 2 COSAS IMPORTANTES QUE TENGAS QUE HACER Y SI AL FINAL DEL DÍA LAS HAS HECHO, PRÉMIATE CON ALGO ESPECIAL (VIENDO UNA PELÍCULA, DÁNDOTE UN BAÑO RELAJANTE, TOMANDO UNA ONZA DE CHOCOLATE PURO...). CUANDO TU VIDA Y LA DE TU BEBÉ SE ESTABILICE MÁS, SERÁ MOMENTO DE PENSAR EN EL TRABAJO, MIENTRAS TANTO, SI PODÉIS VIVIR BIEN, NO TE CENTRES EN ELLO.

SITUACIÓN 6:

TENGO MIEDO DE NO SABER ATENDER LAS NECESIDADES DE MI BEBÉ, POR EJEMPLO, QUE LLORE TODO EL RATO Y YO NO SEPA QUÉ HACER PARA CALMARLE. QUIZÁ ESTO ME AGOBIE Y ME HAGA SENTIR QUE NO SOY CAPAZ DE SER MADRE.

SOLUCIÓN 6:

ES NORMAL SENTIRSE ASÍ. NADIE NOS ENSEÑA A SER LAS MADRES PERFECTAS, PERO CONFORME PASE EL TIEMPO IRÁS CONOCIENDO LO QUE LE CALMA A TU BEBÉ. IGUALMENTE, SIEMPRE PUEDES AMPLIAR INFORMACIÓN EN LIBROS ESPECIALIZADOS EN CUIDADOS DEL NEONATO, PÁGINAS WEB ESPECÍFICAS O INCLUSO PREGUNTANDO A LAS MADRES QUE HAYA EN TU FAMILIA, SEGURO QUE TE DAN TRUCOS CASEROS INFALIBLES.

SITUACIÓN 7:

DESDE QUE HA NACIDO EL BEBÉ, LOS ENCUENTROS SEXUALES CON MI PAREJA HAN DESAPARECIDO. ME SIENTO DOLORIDA, CANSADA Y NO TENGO GANAS. EN EL FONDO ES ALGO QUE ECHO DE MENOS, PERO NO SÉ CÓMO RETOMARLO SI NO PODEMOS HACER NADA.

SOLUCIÓN 7:

LAS RELACIONES SEXUALES NO SOLO SE CENTRAN EN EL COITO, HAY INFINIDAD DE ACCIONES QUE PODÉIS REALIZAR SIN SENTIR DOLOR EN ESTOS MOMENTOS. HABLA EL TEMA CON TU PAREJA Y... ¡EXPERIMENTAD! Y SI PASADO UN TIEMPO SIGUES IGUAL, CONSULTA CON LOS ESPECIALISTAS.

SITUACIÓN 8:

DESDE QUE NACÍO MI BEBÉ NO SOY CAPAZ DE LLEGAR AL ASEO PARA ORINAR Y SE ME ESCAPA. ME GENERA ANSIEDAD EL HECHO DE PENSAR QUE PUEDE PASARME POR LA CALLE, ASÍ QUE HE DECIDIDO NO SALIR MÁS DE CASA.

SOLUCIÓN 8:

ES NORMAL QUE AL PRINCIPIO EXPERIMENTES INCONTINENCIA URINARIA, A MUCHAS MUJERES LE OCURRE; POR ESO EXISTEN TANTOS MÉTODOS DE AYUDA: COMO LAS COMPRESAS. LO MEJOR ES QUE CONSULTES A LOS ESPECIALISTAS PARA QUE PUEDAN ENSEÑARTE EJERCICIOS DIRIGIDOS A MEJORAR LA MUSCULATURA INTERNA. ¡ASÍ NO TE PERDERÁS LO QUE SUCEDE FUERA DE CASA!

SITUACIÓN 9:

ME DA MIEDO QUE EN EL MOMENTO DEL PARTO ME TENGAN QUE HACER UNA CESÁREA. ¿Y SI LE PASA ALGO A MI BEBÉ? ¿Y SI ESTOY TAN NERVIOSA QUE LA ANESTESIA NO FUNCIONA Y ME DUELE MUCHO?

SOLUCIÓN 9:

EL MUNDO DE LA MEDICINA HA AVANZADO MUCHO. CUANDO LOS MÉDICOS DECIDEN REALIZAR UNA CESÁREA ES PORQUE PIENSAN QUE ES LO MEJOR PARA LA MADRE Y PARA EL BEBÉ. CONFÍA EN LOS ESPECIALISTAS, TODO IRÁ BIEN.



Anexo 11

Encuesta de satisfacción

PROGRAMA PREVENTIVO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES

Encuesta de satisfacción:

1. Escriba a continuación su edad:		
2. ¿Es su primer hijo?	Sí	No
3. ¿Ha tenido en otros momentos de su vida depresión?	Sí	No
4. ¿Recomendaría realizar este programa a otras mujeres embarazadas?	Sí	No
5. ¿Cree que este programa le ha aportado algún conocimiento nuevo?	Sí	No
6. ¿Cuál?		
Biblioteca		
7. ¿Añadiría alguna información adicional al programa?	Sí	No
8. Si en la anterior pregunta ha rodeado "Sí", explique brevemente lo que añadiría a continuación:		
9. ¿Las explicaciones durante las sesiones han sido expuestas de forma clara y concisa?	Sí	No
10. ¿Las dudas han sido resueltas de manera satisfactoria?	Sí	No
11. ¿Cree que sería de ayuda la inclusión de algún familiar en el programa a modo de acompañante?	Sí	No
12. Si en la anterior pregunta ha rodeado "Sí", añada a continuación quién podría ser esa persona:		
13. ¿Cree que pondrá en práctica en el futuro las estrategias enseñadas en el programa?	Sí	No
14. ¿Qué es lo que más útil/interesante ha aprendido?		