



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2021/2022
Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Diseño de un programa para prevenir la Depresión Postparto en mujeres embarazadas: "Metamorfosis".

Autora: María Olmedo Mayordomo

Tutora: Cordelia Estévez Casellas

Código de Investigación Responsable (COIR): TFG.GPS.CEC.MOM.220531.

Elche a 2 de Junio de 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. MARCO TEÓRICO	
1.1.1. Contextualización	
1.1.2. Diferencias entre tristeza postparto, psicosis postparto y depresión postparto y definición	
Tabla 1	
1.1.3. Prevalencia	
1.1.4. Factores de riesgo y consecuencias en la madre y el bebé	
1.1.5. Evaluación	
1.1.6. Tratamiento	
1.2. JUSTIFICACIÓN	
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	11
3. METODOLOGÍA.....	12
3.1. TIPO DE ESTUDIO	
3.2. POBLACIÓN DIANA Y MUESTRA	
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	
3.4. ÁMBITO DE ACTUACIÓN	
3.5. DURACIÓN DE LAS SESIONES	
3.6. FASE DE CAPTACIÓN	
3.7. INSCRIPCIÓN	

3.8. MÉTODO DE SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

3.9. MÉTODO DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

3.10. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.11. SESIONES

Tabla 2

4. SESIONES Y SEGUIMIENTO.....16

Tabla 3

Tabla 4

Tabla 5

Tabla 6

Tabla 7

Tabla 8



5. DISCUSIÓN.....24

6. ANEXOS.....26

Anexo 1: Cronograma del programa de prevención para la DPP: "Metamorfosis".

Anexo 2: Flyer de captación/informativo para el programa de prevención de la DPP: "Metamorfosis".

Anexo 3: Hoja de inscripción.

Anexo 4: Consentimiento informado.

Anexo 5: Registro de asistencia ad Hoc.

Anexo 6: Póster de psicoeducación acerca del embarazo y la maternidad

Anexo 7: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

Anexo 8: Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS)

Anexo 9: Póster con los diferentes tipos de apoyo social.

Anexo 10: Autorregistro activación conductual

Anexo 11: Póster informativo sobre el apego seguro.

Anexo 12: Póster con falsos mitos relacionados con el embarazo y la maternidad.

Anexo 13: Cuestionario de satisfacción con el programa

7. BIBLIOGRAFÍA.....36



Resumen

La Depresión Postparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que aparece en las primeras cuatro semanas tras el parto y que se asocia con síntomas como falta de interés o placer en actividades, sentimientos excesivos de culpa y agitación o retraso psicomotor entre otros. El embarazo es un periodo crítico en el que existen cambios a nivel corporal, psicológico y social al igual que una nueva responsabilidad y un nuevo vínculo.

Este programa de prevención centrado en la dimensión psicológica-social cuenta con el objetivo de reducir la sintomatología relacionada con la DPP. En las sesiones se trabajará el apoyo social, el estado de ánimo a través de la inclusión de actividades placenteras y los mitos sociales y pensamientos desadaptativos asociados a la maternidad, ofreciendo recursos a los que puedan recurrir tras el programa. El programa está abierto para mujeres embarazadas de entre 25 y 40 años y será impartido en el Hospital Universitario de San Juan (Alicante) con una sesión semanal para cada uno de los dos grupos existentes de hora y media de duración.

Palabras claves: *depresión postparto, embarazo, programa de prevención, trastornos del estado de ánimo, bienestar psicológico.*

Abstract

Postpartum Depression (PPD) is an affective disorder that appears within the first four weeks after giving birth and is associated with symptoms such as lack of interest or pleasure in activities, excessive guilt feelings and psychomotor retardation among others. Pregnancy is a critical period in which physical, psychological and social changes go on and a new responsibility and affective bond exists.

This prevention programme focused on the psychological-social dimension has the objective of minimizing PPD symptomatology. Social support, mood changing through adding enjoyable activities, social myths and maladaptive patterns of thoughts will be worked in the sessions, offering resources that could be used after the programme finishes. This programme is open to pregnant women between the ages of 25 and 40 in the Hospital Universitario of San Juan (Alicante) with one session a week for each of the two groups that will last one hour and a half.

Key words: *Postpartum Depression, pregnancy, prevention program, affective disorders, psychological well-being.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1 Contextualización

El periodo que abarca desde el momento contiguo al parto hasta aproximadamente las seis semanas -denominado puerperio o postparto- ha sido ampliamente calificado y demostrado como un periodo crítico y de vital importancia en relación al posible desarrollo de trastornos del estado de ánimo como la depresión postparto (Solís et al., 2019). Esto es así, porque en este lapso de tiempo se producen los cambios fisiológicos que llevarán a la mujer a su estado previo al embarazo tratándose de un reto la nueva adaptación a nivel social, emocional y hormonal (Solís et al., 2019).

1.1.2. Diferencias entre tristeza postparto, psicosis postparto y depresión postparto y definición

Es necesario hacer distinción entre los diversos trastornos que pueden estar asociados con este periodo especialmente vulnerable como son la tristeza postparto, la psicosis postparto y la depresión postparto. A pesar de que los tres cuentan con una prevalencia alta -presentando la psicosis postparto el menor porcentaje en relación a los dos restantes- y repercusiones físicas y emocionales en la unidad familiar, se mencionan a continuación las particularidades de cada uno con la finalidad de llevar a cabo una atención especializada y personalizada (Malpartida, 2020):

Tabla 1

Diferencias entre los tres principales Trastornos de aparición en el puerperio o postparto.

Trastornos de aparición en el puerperio o postparto	Tristeza postparto (TPP)/ “Baby Blues”	Psicosis postparto (PPP)	Depresión postparto (DPP)
Aparición	2-4 días postparto.	Primeras 4 semanas postparto (suele aparecer entre la segunda o tercera semana).	Primeras 4 semanas postparto.

Duración	2-3 semanas después del alumbramiento.	Se prolonga el tratamiento hasta por un año para reducir recaídas.	Mayor duración que la TPP y mayor impacto en la familia.
Evolución/ recuperación	Autolimitada	Pronóstico favorable con tratamiento, recuperación del 70-80% de los casos. 10 a 15% de los casos evolucionan a una esquizofrenia crónica.	En general no autolimitada.
Prevalencia	50-80% de las mujeres que han dado a luz.	0,14-0,26%	10-15% durante los primeros 6 meses después del parto.

Hecha la distinción y poniendo el foco de atención sobre la Depresión Postparto (DPP), se deben considerar los siguientes síntomas -establecidos por el DSM-V- de los cuales, 5 o más tienen que estar presentes para el diagnóstico (Solís et al., 2019):

1) **Humor depresivo:** se presenta comúnmente 4-5 días después del parto conocido como “baby blues”, que puede durar de horas a días pero no sobrepasa las 2 semanas, conociéndose si se diera ese caso como depresión posparto.

2) **Falta de interés o placer en actividades:** aunque es infrecuente que se presente tras el nacimiento, se debe prestar atención a la presencia de anhedonia, que es sugestivo de depresión postparto.

3) **Alteración del sueño:** es común debido a cuidados que se deben brindar al recién nacido. Sin embargo, ante la imposibilidad de conciliar el sueño cuando el recién nacido duerme o a la incapacidad de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia, se deberá sospechar de depresión postparto.

4) **Pérdida / falta de energía:** es común a causa de privación del sueño por los cuidados del neonato, pero se debe sospechar si continúa a pesar del adecuado sueño y siestas de la madre.

5) **Agitación o retraso psicomotor:** enlentecimiento al hablar o incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar.

6) **Sentimientos excesivos de culpa:** es infrecuente posterior al parto, por lo que se debe prestar atención ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa por posible sintomatología compatible a la DPP.

7) **Disminución de la concentración:** frecuentemente asociado por falta de sueño, por otro lado, si la madre concilia el sueño y presenta inhabilidad de toma de decisiones y pérdida de continuidad del pensamiento, sospechar de depresión postparto.

8) **Ideas suicidas:** pensamientos como, “desearía no despertar más ”o “mi bebe estaría mucho mejor sin mí”, intentos y/o deseos o la existencia de un plan de terminar su vida.

En consonancia con lo anterior y con la finalidad de establecer el diagnóstico, el episodio depresivo mayor o DPP debe darse entre las 4 semanas consecutivas al parto (Solís et al., 2019).

1.1.3. Prevalencia

Es necesario, de igual forma, conocer la prevalencia de este problema de salud pública la cual estaría entre el 0,5 y el 5% a nivel mundial, mientras que en España se encontraría entre el 10 y el 15% (Álvarez Nacarino, et al., 2018). Esta prevalencia indica la necesidad de evaluar posibles casos de DPP con escalas como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) ya que los síntomas varían en función del momento en el que se administra el instrumento, siendo en España la prevalencia del 15,5% a las 8 semanas después del parto y del 12,7% transcurridas 32 semanas tras el parto (Suárez de León, 2020).

En cuanto a la edad, se ha demostrado una prevalencia mayor -del 25,9%- en madres adolescentes en relación a madres adultas -encontrando una prevalencia del 9,3%- lo que podría indicar una mayor necesidad de prevención e intervención en el rango de edad asociado a la adolescencia. Finalmente, se debe tener en cuenta el riesgo de recaída, existiendo un porcentaje del 30% al 50% de mujeres que pueden sufrir algún tipo de recidiva si ya han experimentado un trastorno depresivo en el postparto anterior (Suárez de León, 2020).

1.1.4. Factores de riesgo y consecuencias en la madre y el bebé

Existe un factor añadido que dificulta tanto su prevención como el diagnóstico y la posibilidad de un tratamiento precoz y es el hecho de que se trata de un trastorno el cual la mayoría de mujeres que lo padecen no admiten tener (Álvarez Nacarino, et al., 2018). Esto se debe principalmente a la atribución que hacen de esta situación como un fracaso personal y a una baja autoestima (Álvarez Nacarino, et al., 2018).

En cuanto a los factores de riesgo contrastados y ampliamente estudiados se conoce que la existencia de depresión durante el embarazo es un elemento clave en este aspecto, siendo más de la mitad de los casos (63,6%) mujeres que habían presentado sintomatología depresiva no diagnosticada o detectada a lo largo este periodo (Vázquez y Míguez, 2019).

Para resumir, se expresan a continuación algunos predictores a tener en cuenta:

Las actitudes frente a la vida, la tendencia al estrés, la autoeficacia percibida de las primerizas y la falta de sueño y tiempo tan común tras el nacimiento de un recién nacido permiten un mejor conocimiento de la DPP. Además, en relación a los factores psicosociales, se consideró importante investigar el papel que juegan las relaciones de la madre con personas significativas para ella y el personal sanitario implicado en la transición a la maternidad. En este sentido, el apoyo social se ha visto que tiene un papel clave sobre la autoeficacia percibida. (Izquierdo, 2019, p.3).

Otro aspecto importante que indica la necesidad de crear un plan de acción más sólido y de acercar a los/las profesionales psicólogos/as a la atención primaria son las repercusiones de la DPP en el bebé en desarrollo. En este sentido, se han encontrado resultados en lactantes, preescolares y escolares (González et al., 2018). En el primer grupo se ha referido un peor desempeño en la escala de evaluación del desarrollo psicomotor de Bayley al igual que un apego disfuncional -aspecto que se da en las tres etapas mencionadas-, una incapacidad de expresar sus sentimientos y emociones y una mayor irritabilidad. En la etapa preescolar se enmarcarían una mayor prevalencia de trastornos de conducta -con un grado alto de agresividad y ansiedad- y un menor desarrollo socioemocional y del lenguaje. Finalmente, en la etapa escolar el niño puede presentar una peor adaptación y problemas de aprendizaje, abuso de sustancias, agresividad y concentración; al igual que, una baja tolerancia al estrés y una mayor probabilidad de aparición de psicopatología (González et al., 2018).

1.1.5. Evaluación

La **Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)** es considerada el instrumento de evaluación más eficiente siendo utilizada para la detección de DPP. Esta ha sido validada en España por García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro en 2003 y se ha publicado su validación en el embarazo gracias a Vázquez y Míguez en 2019 haciendo posible una anticipación en el diagnóstico (Vázquez y Míguez, 2019). El aspecto que hace más especial e interesante este instrumento -obviando sus adecuadas propiedades psicométricas- es que permite distinguir si los síntomas de las madres son de DPP o corresponden al "Baby

Blues” por lo que si se obtiene una puntuación de 10 a 13 puntos se tratará de DPP. Esta escala se puede llevar a cabo hasta los 3 meses posteriores al postparto y valora los sentimientos de los 7 días anteriores a su ejecución (Suárez de León, 2020).

Por otro lado, se han desarrollado otros instrumentos que, junto con el **Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V)** hacen posible la detección y el diagnóstico del trastorno y los problemas asociados a este. Algunos de estos instrumentos son el **inventario de depresión de Beck (BDI-II)** -centrado en la triada negativa y en la vulnerabilidad hacia el estrés-, el **Apgar familiar** -gracias al cual la madre puede expresarse en relación a su percepción acerca de la vida familiar a través de 5 preguntas-, la **escala de detección de depresión postparto (PDSS)** -en la que se valoran diversos síntomas asociados a la DPP siendo interesante llevarla a cabo entre la segunda y la sexta semana tras el parto- y el **cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)** -el cual trata sintomatología depresiva con el inconveniente de que deja fuera la ansiedad siendo esta un síntoma común en la DPP- (Suárez de León, 2020).

1.1.6. Tratamiento

En cuanto a los tratamientos, es común distinguir entre los tratamientos psicológicos o terapias y el tratamiento puramente farmacológico.

En el primer grupo se englobarían la **terapia cognitivo-conductual** -con una duración de 12 a 16 semanas en las que se trabaja el apoyo social al igual que la identificación y alteración de pensamientos insanos por otros más adaptativos-, la **psicoterapia interpersonal** -en la que se trabaja el apoyo social tras la identificación de las condiciones personales que generan la depresión- y la **activación conductual** -en la que se estudia el mantenimiento de la depresión y cómo llevar a cabo ciertas conductas pueden ayudar a las mujeres a controlar el estado de ánimo- como las terapias más eficaces y específicas en cuanto a la DPP (Suárez de León, 2020).

Recientemente, se ha demostrado que la **psicoterapia diádica** -en la que se trabajan las relaciones entre la madre y el bebé- presenta de igual forma eficacia en las intervenciones preventivas de la depresión postparto. Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual sigue siendo la que presenta mejores resultados (Fonseca et al., 2021)

En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha demostrado que tanto la fluoxetina como la sertralina son los fármacos más usados debido a sus bajas concentraciones en la leche materna. Sin embargo, no se ha informado de ningún consenso en relación a la duración óptima del tratamiento antidepresivo, aconsejando al menos 12 meses con la finalidad de prevenir recaídas (Suárez de León, 2020).

Así pues, no existe un acuerdo entre los expertos sobre la superioridad de los psicofármacos sobre la psicoterapia o viceversa -pudiendo darse también la combinación de

ambas como la opción más eficaz- siendo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) la más indicada en este sentido (Guimarães et al., 2021).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Para aclarar las razones de la necesidad de una propuesta de un programa de prevención en este ámbito, se debe comentar la poca cabida que tiene esta problemática en la sanidad pública. Se ha reflejado en diversos estudios que el personal sanitario -que generalmente no son psicólogos sino médicos o enfermeras- encuentran difícil la detección de la DPP afectando esto en el agravamiento de los síntomas (Izquierdo, 2019). De igual forma, cuando se identifica la DPP, el tratamiento con psicofármacos suele ser escogido a priori, incluso por las mismas mujeres -sobre todo si han tenido episodios de depresión anteriores- a no ser que sean lactantes en cuyo caso prefieren la psicoterapia (Guimarães et al., 2021). Dentro de los psicofármacos, se ha demostrado que la sertralina es el antidepresivo más específico y el que presenta menos efectos secundarios -al igual que una menor concentración en la leche materna- en el tratamiento de este trastorno. No obstante, se pueden señalar efectos secundarios en el bebé tanto si la ingesta se produce en el embarazo así como en la lactancia materna, algunos de ellos son: mayor riesgo de malformaciones cardiovasculares, hipertensión, bajo peso al nacer o anomalías comportamentales (Guimarães et al., 2021).

A estas razones, se le debe sumar el hecho de que se trata de un trastorno infradiagnosticado -lo que hace oportuno que se trate de un programa de prevención y no de intervención- y que pasa muchas veces inadvertido y estigmatizado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace visible la importancia que tiene en realidad la depresión recordando que esta puede llevar al suicidio, siendo un tema de gran envergadura en la actualidad ya que cada año se suicidan más de 700.000 personas tratándose de la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de entre 15 y 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). Lamentablemente, se conoce que más del 75% de personas que sufren este trastorno no reciben tratamiento en los países con ingresos bajos o medios (Organización Mundial de la Salud, 2021). Este hecho, deja clara la necesidad de un plan de prevención eficiente en el que entren en juego psicólogos y profesionales de la salud de una forma multidisciplinar pudiendo reducir la aparición de sintomatología.

Con este programa se pretende visibilizar la DPP -dejando a un lado la estigmatización y fomentando la autoestima de las mujeres- y la importancia de su prevención facilitando a profesionales de la salud la puesta en marcha del programa en distintos centros de atención primaria -en concreto en consultas de preparación al parto de las matronas- el cual ha sido

diseñado a raíz de la información recogida y esquematizada de forma que los objetivos especificados se completen con éxito.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

La implementación de un programa de prevención centrado en la dimensión psicológica-social disminuye la aparición de sintomatología relacionada con la depresión postparto.

Objetivo general:

Reducir la sintomatología relacionada con la depresión postparto en mujeres embarazadas que llegan a las consultas de preparación al parto de las matronas del Hospital Universitario de San Juan de Alicante durante el tercer trimestre de su embarazo.

Objetivos específicos:

Al finalizar el programa las participantes serán capaces de...

1. hacer uso de estrategias de apoyo social.
2. mantener un control activo del estado de ánimo mediante el conocimiento de actividades placenteras para la mujer.
3. desarrollar un apego seguro hacia su bebé todavía en desarrollo.
4. modificar pensamientos desadaptativos hacia ellas mismas y sus bebés por pensamientos más sanos y adaptativos.
5. Contar con recursos a los que acudir si identifican cualquier sintomatología compatible con la Depresión Postparto (DPP).
6. Evaluar el nivel de satisfacción con el programa de prevención

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un programa de prevención primaria en el que se llevará a cabo una evaluación pre y post del estado de ánimo general gracias a la Escala de Valoración del

Estado de Ánimo (EVEA) validada por Sanz, J. (2001). De igual forma, se administrará una encuesta ad hoc que combina respuesta abierta con escala de Likert la cual recogerá los aspectos fuertes y débiles del programa -cuando este llegue a su fin- al igual que otra información relevante (Anexos 7 y 12 respectivamente). Gracias a ambos se valorará la evolución tras el programa que durará aproximadamente 2 meses, ofreciendo en esta última sesión recursos y técnicas -como el contacto piel con piel o los grupos de ayuda mutua- que podrán utilizar cuando lo necesiten tras el parto. De igual forma, se les volverá a contactar por teléfono para conocer su estado y posibles factores de riesgo que podrían desencadenar en una depresión postparto.

3.2. POBLACIÓN DIANA Y MUESTRA

El programa de prevención *Metamorfosis* será impartido a las mujeres que se encuentran en su tercer trimestre de embarazo y que acudan al Hospital Universitario de San Juan en la primera revisión de este periodo -semana 28- y que reúnan los criterios de inclusión. Debido a que se trata de un programa previo al parto y cuya misión es visibilizar esta problemática -de forma que sea posible la reducción de sintomatología compatible con la depresión postparto- las plazas estarán abiertas a las mujeres sin precisar de una puntuación u otra en ninguna escala. Por lo tanto, se formarán dos grupos de 10 mujeres cada uno hasta completar las plazas ofertadas procurando que las mujeres que se queden fuera puedan solicitar acceso al programa.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Los criterios de **inclusión** son:

- Mujeres que se encuentren en el tercer trimestre de su embarazo.
- Mujeres embarazadas que comprendan las edades entre 25 y 40 años.
- Futuras madres primerizas
- Mujeres embarazadas que hayan presentado sintomatología compatible - diagnosticada o percibida- con la Depresión postparto tras algún parto anterior.
- Mujeres cuyas revisiones y seguimiento del embarazo tienen lugar en el Hospital Universitario de San Juan.
- Que hayan firmado previamente el consentimiento informado para poder realizar dicho programa de prevención. (Anexo 4)

Los criterios de **exclusión** son:

- Mujeres que no desean participar en el programa de prevención de depresión postparto “Metamorfosis”, y por lo tanto no han firmado el consentimiento previo.
- Mujeres con patología psiquiátrica
- Mujeres que se encuentren en situación de consumo y/o dependencia de tóxicos
- Mujeres que se encuentran en situación de tratamiento con psicofármacos

3.4. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Las 7 sesiones de las que consta el programa se realizarán en el salón de actos del Hospital Universitario San Juan de Alicante, ubicado en la 2ª Planta Norte. Esta sala tiene capacidad para 100 personas y cuenta con todos los materiales necesarios como son un proyector, un portátil y un micrófono inalámbrico entre otros.

3.5. DURACIÓN DE LAS SESIONES

El programa “Metamorfosis” se llevará a cabo durante 7 semanas -constando cada semana de una sesión para cada grupo- y cada sesión educativa durará una hora y media.

3.6. FASE DE CAPTACIÓN

La captación se realizará a través de la información proporcionada en las revisiones con las matronas que se hagan en el Hospital Universitario de San Juan (Alicante). Con la finalidad de apoyar este recurso, se hará una divulgación del programa mediante flyers y/o carteles informativos que estarán repartidos por el hospital (Anexo 2).

3.7. INSCRIPCIÓN

Con el fin de potenciar la inscripción, esta será gratuita y no requerirá un gran trabajo. El documento para hacerlo posible se facilitará junto con el consentimiento informado y constará de datos básicos de contacto como el nombre y apellidos, el número de teléfono, correo electrónico y el DNI (Anexo 3).

3.8. MÉTODO DE SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

Tras llevar a cabo la difusión y captación gracias a los flyers y las matronas en la revisión, se seleccionará a las participantes por orden de inscripción hasta completar las plazas. Con la finalidad de hacerles llegar que formarán parte del programa, se les enviará un mensaje al correo electrónico -proporcionado en la hoja de inscripción- y se les comunicará en la revisión más próxima en el tiempo. De igual forma, en el correo se les informará sobre

el nombre de las sesiones y se les dará una breve descripción sobre los contenidos de las mismas junto con las fechas en las que se llevarán a cabo y las salas que se han facilitado en el hospital para el programa. En este mensaje, las posibles participantes deben confirmar su asistencia en un plazo máximo de 4 días naturales, siguiendo con la lista de participantes por orden si no contestan o deciden no participar. Cabe destacar que el programa podrá ser abandonado en cualquier momento si es necesario; no obstante, se pedirá a las participantes que avisen con el objetivo de intentar ofrecer al mayor número de mujeres el servicio gratuito.

3.9. MÉTODO DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

En cuanto a la coordinación y organización del programa, este será implantado por 2 psicólogas especializadas en psicología perinatal, existiendo la posibilidad de que la matrona acuda también a las sesiones ya que actuaría como mediadora al conocer a las participantes -existe una mayor confianza- pudiendo beneficiarse ella también de los conocimientos que adquirirá en el programa de prevención. De esta forma, se crearía un equipo multidisciplinar en el que tienen cabida los distintos prismas de la maternidad pero sin dejar de lado los componentes psicológicos y de control del estado de ánimo.

3.10. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se llevará a cabo una evaluación con la finalidad de recoger información para poder comprobar la eficiencia y el beneficio del programa. Las variables a medir junto con sus respectivos instrumentos serán:

- **Sociodemográficas:** edad, sexo y estado civil (Anexo 3)
- **Mejoría de los síntomas del estado de ánimo** gracias a la *Escala de valoración del estado de ánimo* (EVEA) (Anexo 7)
- **Grado de satisfacción de la intervención educativa** reflejado cuantitativamente y cualitativamente con un Cuestionario de satisfacción (Anexo 13).
- **Nivel de apoyo social** a través del "cuestionario de apoyo social de MOS" (Anexo 8)

3.11. SESIONES

A continuación se expondrán -en la tabla 2 a modo de resumen- los distintos objetivos englobados en cada una de las sesiones junto con las actividades que se llevarán a cabo en estas. De igual forma, en el siguiente apartado se desarrollarán dichas actividades entrando

en detalle acerca de los materiales necesarios y los beneficios perseguidos a través de los objetivos de las sesiones.

Tabla 2

Organización del programa

Objetivos específicos	Sesiones	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el Programa "Metamorfosis" • Informar sobre los objetivos a alcanzar. • Establecer una primera toma de contacto. • Administrar los instrumentos de la evaluación inicial. 	Sesión 1	"Metamorfosis" Actividades de presentación y evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer uso de estrategias de apoyo 	Sesiones 2 y 3	En el mismo barco Siempre puedes contar conmigo
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un control activo del estado de ánimo mediante el conocimiento de actividades placenteras para la mujer. 	Sesión 4	Volviendo a conocerme
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un apego seguro hacia su bebé todavía en desarrollo 	Sesión 5	Mi bebé y yo
<ul style="list-style-type: none"> • Modificar pensamientos desadaptativos hacia ellas mismas y sus bebés por pensamientos más sanos y adaptativos 	Sesión 6	Cambiando y reconectando

- Administrar los instrumentos de la evaluación final.
- Finalizar el programa “*Metamorfosis*” sintetizando las actividades y facilitando ciertas estrategias y herramientas para el futuro.

Sesión 7

Evolución

4. SESIONES Y SEGUIMIENTO

Tabla 3

Sesión 1: *Metamorfosis*

Sesión 1: METAMORFOSIS

Metodología: informativa y evaluativa

Desarrollo o descripción:

La primera sesión o sesión previa estará dirigida a presentar e introducir el programa de prevención. En primer lugar, se realizará una presentación de todas las realizadoras del taller, con la finalidad de que las embarazadas puedan familiarizarse con ellas puesto que compartirán todas las sesiones del programa. De igual forma, las asistentes se darán a conocer mediante una breve dinámica en la que expondrán su nombre y responderán a la siguiente pregunta: “¿por qué has elegido apuntarte al programa?” (Anexo 6).

A continuación, se hablará sobre el proceso de embarazo como una “metamorfosis” en la que tanto su cuerpo como su mente cambia por lo que podrán beneficiarse del programa en el que aprenderán estrategias tanto de apoyo como de autonomía y control emocional que podrán usar en la última recta de este periodo crítico. En esta línea, se explicarán las sesiones y lo que se pretende conseguir con ellas, creando siempre un ambiente de alianza en el que se podrán preguntar todas las dudas que surjan.

En esta primera sesión tendrá lugar el primer pase de la *Escala de valoración del estado de*

ánimo (EVEA).

Temporalización: 09/05. Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos:

- Materiales: Proyector, ordenador, mesas, sillas y pantalla de vídeo.
 - Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
 - Guión con la información acerca del embarazo y la maternidad (anexo 6)
 - *Escala de valoración del estado de ánimo* (EVEA) (Sanz, 2001) (Anexo 7).
- Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .

Tabla 4

Sesión 2: En el mismo barco y Sesión 3: Siempre puedes contar conmigo

Sesión 2: EN EL MISMO BARCO

Metodología: aprendizaje cooperativo, evaluativa.

Desarrollo o descripción

En la primera sesión dedicada al apoyo social el objetivo será doble: por un lado, evaluar el grado de apoyo social percibido gracias al Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) - validado en el 2005 por Revilla y colaboradores- debido a que se ha demostrado su relación directa con la salud y la enfermedad (Anexo 8); y, por otro lado, que las mujeres sean capaces de identificar y establecer sus figuras de apoyo y/o redes sociales.

Para comenzar, se impartirá una breve introducción a modo de psicoeducación en la que se diferenciará entre las dimensiones del apoyo social - apoyo instrumental o tangible, emocional o afectivo, confidencial, informacional y la interacción social positiva-, de forma que puedan reflexionar sobre la cantidad y calidad de relaciones con las que cuentan y si sería necesario establecer nuevas o proponer nuevos límites y necesidades en las ya existentes (Anexo 9).

Siguiendo esta línea, se les explicará la actividad en la que deben imaginarse que están en

un barco navegando cuando se aproxima una gran tormenta a la que deben enfrentarse. Tras imaginarse esta situación, se les repartirá un bolígrafo y un folio en el que escribirán las personas con las que les gustaría sobrepasar la tormenta sin necesidad de exigir un número completo ni juzgar el tipo de relación que se mantiene con esas personas. Finalmente, se ofrecerá la reflexión de que todas las asistentes se encuentran en realidad en el mismo barco. Por lo tanto, si alguna de ellas no cuenta con el grado de apoyo que necesitaría durante el proceso en el que se encuentra -embarazo y posterior parto/crianza- puede contar con las demás mujeres en su misma situación.

Temporalización: 16/05. Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos

- Materiales: Proyector, ordenador, mesas, sillas, bolígrafos y folios.
 - Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
 - Póster con los diferentes tipos de apoyo social (Anexo 9)
 - Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) (Revilla y cols, 2005) (Anexo 8).
- Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .

Sesión 3: SIEMPRE PUEDES CONTAR CONMIGO

Metodología: grupo de ayuda mutua (GAM)

Desarrollo o descripción

En la última sesión referente al apoyo social, se primará el contacto entre las asistentes del programa, de forma que creen lazos que puedan mantener al finalizar el mismo. Por lo tanto, la actividad consistirá principalmente en crear un grupo de ayuda mutua o GAM en el que las profesionales intervendrán lo mínimo posible.

Para esta sesión, las psicólogas y la matrona deben destacar la satisfacción que les genera observar cómo las mujeres elaboran sus propias alternativas ante sus problemas y se genera un espacio de comprensión a través de las experiencias vividas y del momento que tienen en común y están compartiendo. De esta forma, se recalcará que el poder reside en las usuarias -promoviendo su empoderamiento- y que ellas mismas juegan un papel importante en su propio estado de salud.

Por lo tanto, en esta sesión se saltará de unos temas a otros, dependiendo de las necesidades de las propias mujeres y pudiendo recurrir a temas como las mayores dificultades que han encontrado en su embarazo hasta ahora, la figura -o no- de un posible acompañante o pareja en este proceso o los mayores miedos que asocian a ser madre y a tener un bebé, entre otros.

Finalmente, se les animará a continuar con el GAM que se ha formado mientras se desarrollan las sesiones posteriores a esta y cuando el programa finalice, con la finalidad de poder seguir contando con este apoyo.

Temporalización: 23/05. Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos:

- Materiales: sillas organizadas en una disposición circular.
 - Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
- Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .

Tabla 5

Sesión 4: Volviendo a conocerme

Sesión 4: VOLVIENDO A CONOCERME

Metodología: Aprendizaje cooperativo, técnicas de activación conductual y autorregistro

Desarrollo o descripción

Siguiendo con la línea establecida en la primera toma de contacto, en la que se comparó el embarazo con una metamorfosis de forma que la mente y el cuerpo se encuentran en constante cambio, en esta sesión las mujeres tendrán que “volver a conocerse”. Para conseguir este objetivo, se impartirá una breve introducción por parte de las psicólogas acerca de los beneficios de la técnica de activación conductual explicando de forma sencilla cómo la podrían implementar las propias mujeres -aunque no se llevará a cabo como se haría en consulta en un plan terapéutico individualizado-.

Posterior a esta psicoeducación, se pedirá a las participantes que hablen de ellas mismas y sus aficiones. Es de vital importancia aclarar que, en esta actividad, su bienestar debe

nacer preferentemente de actividades o aspectos relacionados con ellas mismas y no con su pareja o el futuro bebé en desarrollo. Este hecho, no limita que alguna acción esté ligada a alguna persona importante para ellas, pero hace que las mujeres pongan el foco en ellas mismas y en cosas que disfrutaban y quizá habían olvidado.

Para hacerlo más accesible, se les preguntará qué cosas disfrutaban cuando eran pequeñas -pintar, cantar, dar paseos o hacer algún deporte, por ejemplo- de forma que puedan volver a hacer alguna de esas cosas.

Finalmente, se les animará a completar un autorregistro en el cual, tras elegir dos actividades, se rellenarán los huecos con la finalidad de que observen si existen emociones más agradables conforme avanza el programa y continúan realizando dichas actividades (Anexo 10).

Temporalización: 30/05. Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos: ● Materiales: Proyector, ordenador, mesas y sillas.

- Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
- Autorregistro de actividades de activación en el Anexo 10
- Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .

Tabla 6

Sesión 5: Mi bebé y yo

Sesión 5: MI BEBÉ Y YO

Sesión 5: Mi bebé y yo

Metodología: informativa y psicoeducativa.

Desarrollo o descripción

La sesión destinada al apego presenta una dificultad, siendo esta que las madres no sientan que se ejerce una presión única y desmedida sobre ellas. Por esto, a la vez que se ofrece información sobre qué es el apego y cómo afecta en el desarrollo futuro, se presentan técnicas que puedan facilitar la creación de un apego seguro por parte de las futuras

madres.

En este sentido, en primer lugar, se proyectará un póster (Anexo 11) en el que se compara el sistema de apego con las funciones que cumple el sistema inmunológico para que las asistentes entiendan que se trata de un factor protector muy importante tanto para ellas como para los bebés. De igual forma, se acentuará la importancia de la disponibilidad de la figura de apego tratándose de una cuestión tanto de accesibilidad física -es decir, que las principales figuras de apego se encuentren en el sitio cuando los bebés las necesitan- como de receptividad emocional -validación emocional-.

Desde este espacio libre de juicios y centrado en compartir, se debatirán también las expectativas que las mujeres tienen acerca de sus futuros hijos de forma que entiendan que conviene que dichos esquemas mentales no sean rígidos y exista una sensación por parte del bebé para crecer seguro y de forma autónoma -sin olvidar la importancia de la disponibilidad-.

Finalmente, se compartirá una herramienta llamada “El diario del apego”, que las mujeres pueden usar o no según crean conveniente. Esta actividad consiste en rellenar un cuaderno durante los días posteriores a la sesión -que pueden seguir usando tras el parto- en el que, durante el tiempo del tercer trimestre apunten los momentos que quieran con su feto en desarrollo - por ejemplo, poniéndole música o simplemente sintiéndolo- y qué emociones les suscita. Tras el parto, pueden seguir usándolo de forma que describan situaciones en las que el bebé las ha necesitado y cómo han resuelto cada demanda. Aunque se trata de un recurso opcional -debido al tiempo y la situación de la que dispone cada mujer- puede ser muy positivo llevar un registro con las decisiones y emociones experimentadas durante el proceso ya que ayudan a las futuras madres a conocerse mejor en esta nueva faceta y saber qué quieren y qué no.

Temporalización: 06/06 Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos ● **Materiales:** Proyector, ordenador, mesas, sillas, bolígrafos y folios.

- Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
 - Póster sobre el apego seguro en el Anexo 11
 - **Humanos:** Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .
-

Tabla 7

Sesión 6: Cambiando y reconectando.

Sesión 6: CAMBIANDO Y RECONECTANDO
Sesión 6: Cambiando y reconectando
Metodología: Debate, método socrático y reestructuración cognitiva.
Desarrollo o descripción
<p>Con la finalidad de acercar a las mujeres a una reestructuración cognitiva acerca de la maternidad para que cuenten con la máxima fortaleza posible -y creencias adaptativas- se dividirá el tiempo en dos actividades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Mitos sociales asociados comúnmente al embarazo y la maternidad.</u> Las asistentes se colocarán mirando a la pizarra táctil en la que se proyectarán una serie de frases o sentencias que rodean al proceso del embarazo y la posterior maternidad (Anexo 12). A continuación, se irán desmintiendo los mitos gracias a las profesionales encargadas del programa junto con las propias mujeres.2. <u>Método socrático entre participantes.</u> En esta parte, las mujeres pueden aportar sus propias preocupaciones, ideas o mitos acerca de la maternidad siempre desde el respeto y sin juzgar a las compañeras. De esta forma, se podrán comentar elecciones tan controvertidas como la lactancia desde un prisma de respeto y unión dando por supuesto que todas las opciones son válidas. En este espacio libre de juicios, se animará a cada mujer a que comparta alguna creencia propia escuchando puntos de vista alternativos -los de las demás asistentes- imaginando la situación como si fuera una tercera persona o ampliando el contexto en el que la portavoz engloba su distorsión cognitiva.
Temporalización 13/06. Consultar cronograma (Anexo 1).
Recursos • Materiales: Proyector, ordenador, mesas, sillas, bolígrafos y folios. <ul style="list-style-type: none">○ Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.

-
- Póster con falsos mitos asociados al embarazo y la maternidad en el (Anexo 12)
 - Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .
-

Tabla 8

Sesión 7: Evolución

Sesión 7: EVOLUCIÓN

Metodología: Informativa y evaluativa

Desarrollo o descripción

En la última sesión el objetivo vuelve a ser doble: por un lado, ofrecer herramientas e informar sobre el mantenimiento y la prevención de estados de ánimo aversivos y; por otro, la evaluación post-programa del apoyo social y el estado de ánimo junto con la valoración del grado de satisfacción de las mujeres con el programa.

Para ello, se sintetizará de forma breve las actividades facilitando estrategias para el postparto como el método canguro/contacto piel con piel o los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). De igual forma, se les guiará para un buen mantenimiento y la prevención de estados de ánimo aversivos que puedan derivar en el Trastorno de Depresión Postparto haciendo uso de la “metáfora del viaje” que se debatirá entre todas las mujeres explicando también que se encuentran en un proceso que no es lineal y que todas sus emociones son válidas recalcando la importancia de las redes de apoyo.

En cuanto a la parte de evaluación, se vuelven a pasar la *Escala de valoración del estado de ánimo* (EVEA) y el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) -anexos 7 y 8 respectivamente- junto con un cuestionario creado ad Hoc de satisfacción con el programa en el que se conocerán los puntos débiles y fuertes de este con la finalidad de acercarlo lo máximo posible a las necesidades de las usuarias. Del mismo modo, los resultados de todas las pruebas ayudarán a conocer la utilidad y eficiencia del programa.

Temporalización: 20/06. Consultar cronograma (Anexo 1).

Recursos: ● Materiales: Proyector, ordenador, mesas, sillas, bolígrafos y folios.

- Registro de asistencia ad Hoc adjunto en el Anexo 5.
 - *Escala de valoración del estado de ánimo* (EVEA) (Sanz, 2001) (Anexo 7)
 - Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) (Revilla y cols, 2005) (Anexo 8).
 - Cuestionario de Satisfacción con el programa (Anexo 13)
 - Humanos: Todo el equipo del Programa de Prevención (dos psicólogas y una matrona) .
-

En cuanto al seguimiento, se contactará a las participantes una primera vez a las 2 semanas de finalizar el programa y finalmente 4 semanas después para comprobar si cuentan con sintomatología compatible con el diagnóstico.

5. DISCUSIÓN

Consecuentemente, y como resultado de todo lo expuesto anteriormente, se debe poner en una balanza las limitaciones o puntos débiles y los puntos fuertes de la propuesta.

Debido a que es un programa que se pretende llevar a cabo en el Hospital Universitario de San Juan, la principal **limitación** es la figura aún ausente del psicólogo en la Atención Primaria. Se ha discutido ampliamente si este debería ser un psicólogo clínico o bien uno general sanitario pero siempre se coincide en la necesidad de su rol para llevar a cabo tareas preventivas, asistenciales y de educación para la salud a través de intervenciones individuales, grupales, institucionales y social/comunitarias (Duro, 2017). Por lo tanto, surge la problemática de falta de personal para implantar el programa que precisa de profesionales especializados y se debe reivindicar la urgencia de estos en Atención Primaria ya que la ratio de psicólogos en los distintos niveles está muy por debajo de las necesidades de los ciudadanos (Duro, 2021).

Otra dificultad viene dada por el hecho de que las mujeres abandonen antes de terminar. Siguiendo la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, esta posibilidad es legítima, aunque deben aclararse los beneficios de finalizar el programa generando una mayor habilidad para poner en marcha los recursos que se facilitan en este.

De igual forma, al ser un trastorno rodeado de un gran estigma y que las mujeres no admiten tener, aumentaría la dificultad para atraer participantes (Álvarez Nacarino et al., 2018). Derivado de este hecho, las encuestas de apoyo social y estado de ánimo podrían presentar sesgos en función de lo socialmente aceptado.

En el prisma contrario, encontramos **puntos fuertes** del programa, siendo uno de ellos la totalidad de plantilla femenina a la hora de realizar las sesiones, hecho que ha resultado positivo a la hora de reducir el estigma en las mujeres embarazadas (Sakina et al., 2021).

En esta línea, se destaca la importancia del rol de la psicóloga perinatal evidenciando la necesidad de un equipo multidisciplinar en consonancia con la dificultad a la que se enfrenta el personal sanitario a la hora de detectar la DPP (Izquierdo, 2019). Finalmente, ya que más de la mitad de los casos (63,6%) de mujeres diagnosticadas habían presentado sintomatología compatible no detectada en el embarazo, se hace visible la importancia de un programa de prevención (Vázquez y Míguez, 2019).

Por tales motivos, es un programa que podría tener éxito y dar visibilidad a una problemática que se ha visto silenciada durante años



6. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma del programa de prevención para la DPP: "Metamorfosis"

SESIONES	ACTIVIDADES	TEMPORALIZACIÓN							
		09/05	16/05	23/05	30/05	06/06	13/06	20/06	27/06
PRIMERA SESIÓN: <i>Preparación, evaluación y psicoeducación</i>	<i>Metamorfosis.</i>								
SEGUNDA SESIÓN. <i>Apoyo social</i>	<i>En el mismo barco</i>								
TERCERA SESIÓN. <i>Apoyo social</i>	<i>Siempre puedes contar conmigo</i>								
CUARTA SESIÓN. <i>Activación conductual</i>	<i>Volviendo a conocerme</i>								
QUINTA SESIÓN: <i>Apoyo seguro</i>	<i>Mi bebé y yo</i>								
SEXTA SESIÓN <i>Modificar cogniciones desadaptativas</i>	<i>Cambiando y reconectando</i>								
SÉPTIMA SESIÓN <i>Cierre y evaluación</i>	<i>Evolución</i>								
SEGUIMIENTO	<i>(mes/año):</i> <i>- 07/22</i> <i>- 08/22</i>								

Implementación del programa

Evaluación

Seguimiento

Anexo 2: Flyer de captación/informativo para el programa de prevención de la DPP: "Metamorfosis."

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

SANT JOAN D'ALACANT
HOSPITAL DE DIU

Programa de prevención para la Depresión Postparto

METAMORFOSIS

Cuidamos de tu salud mental y te acompañamos en este proceso.

Conoce nuevas **estrategias** que te ayudarán en tu último trimestre de embarazo y tras este.

7 sesiones

En el **salón de actos** del Hospital

Aprenderás a:

- conocerse mejor**
- regular tus emociones**
- relacionarte** con otros y con tu futuro bebé

Anexo 3: Hoja de inscripción

HOJA DE INSCRIPCIÓN
Nombre : _____

Apellidos: _____

DNI: _____

Año de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Nº de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Anexo 4: Consentimiento informado

Yo,....., con
D. N. I. he recibido suficiente información sobre el programa,
comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del mismo si es
necesario avisando con antelación. Presto libremente mi conformidad de participación y
autorizo, a los miembros del equipo, a que realicen el análisis de los datos obtenidos del
cuestionario con la finalidad de adaptar el programa a las necesidades de las
participantes. Igualmente, suscribo que he obtenido la garantía de confidencialidad del
programa y utilización de la información.

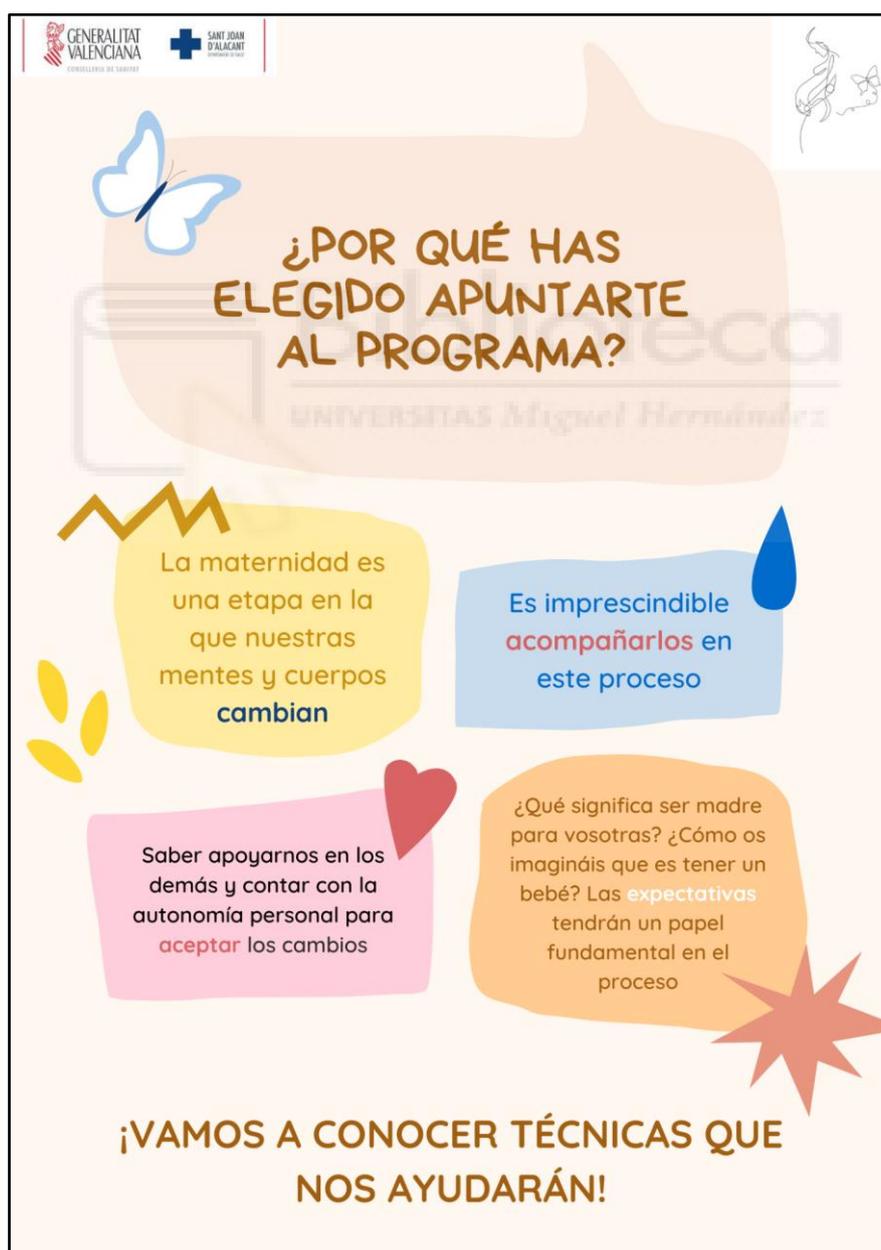
Firma del paciente Firma de la psicóloga

Anexo 5: Registro de asistencia ad Hoc

Sesión X		Fecha:_____
Nº	Apellidos, Nombre	Firma

1		
2		
...		
7		
Observaciones: (propuestas de mejora, aspectos a tener en cuenta,...)		

Anexo 6: Póster de psicoeducación acerca del embarazo y la maternidad



Anexo 7: Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA)

EVEA

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada	Mucho
Me siento nervioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento irritado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alegre	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento melancólico	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento tenso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento optimista	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alicaído	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enojado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento ansioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento apagado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento molesto	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento jovial	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento intranquilo	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enfadado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento contento	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento triste	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Anexo 8: Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS)

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 9: Póster con los diferentes tipos de apoyo social.



Anexo 10: Autorregistro activación conductual

Día: X	Actividad	Agrado (1-10)	Importancia (1-10)
17:00	1: _____		
21:30	2: _____		

Estado de ánimo general del día (1-10): _____

¿Qué he sentido hoy?

Anexo 11: Póster informativo sobre el apego seguro.



Anexo 12: Póster con falsos mitos relacionados con el embarazo y la maternidad.



Anexo 13: Cuestionario de satisfacción con el programa

Nivel de satisfacción con el programa	Nada satisfecha	Poco satisfecha	Algo satisfecha	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
Lugar de las sesiones			X		
Horario de las					

sesiones					
Nº de participantes					
Recursos y materiales utilizados					
Profesionales promotoras del programa					
Sesiones					
Lo que más me ha gustado ha sido...					
					
Lo que menos me ha gustado ha sido...					
Si pudiera cambiar algo sería...					

7. BIBLIOGRAFÍA

Ampudia, M. K. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(02), 355-355. DOI: 10.31434/rms.v5i2.355

CARLOS, J., y DE ESPAÑA, R. E. Y. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 -11-2002, pp. 40126-40132 <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwio9KXW44b4AhXxQvEDHT0wDGkQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.boe.es%2Fbuscar%2Fact.php%3Fid%3DBOE-A-2002-22188&usg=AOvVaw2zIbgJ29r38X6ns7hEnyaD>

Durán, C. A. R., y Coutiño, A. B. M. (2021). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 31(1), 69-79. DOI: 10.25009/pys.v31i1.2677

Duro, J. C. (2017). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo? Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/510/psicologia-clinica-atencion-primaria-salud-por-que-que-como>

Duro, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el sistema Nacional de Salud Español?. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 81-93. DOI: 10.23923/pap.psicol.2955

Forde, R., Peters, S., & Wittkowski, A. (2020). Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 23(5), 597-612.
DOI: 10.1007/s00737-020-01025-z

Guimarães, T., Fonseca, P. y Gilson, I (2021). A current approach to the use of antidepressants in the management of postpartum depression. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 17(1), 101-108.
DOI: 0.11606/issn.1806-6976.smad.2021.159781

Izquierdo Rabassa, S. (2019). *Factores favorecedores de la depresión postparto en primíparas* [Trabajo de Fin de Grado, Facultad de Enfermería y Fisioterapia]. Universidad de Las Islas Baleares. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150248>

Martínez, E. Á. (2021). El apego desde el útero. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Volúmen, 11(2), 1. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_apego_desde_el_uterio_E.Alvarez.pdf

Méndez Castro, C. (2019). *Proyecto de intervención educativa para disminuir los riesgos de padecer depresión postparto* [Trabajo de Fin de Grado, Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería]. Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15137/Proyecto%20de%20intervencion%20educativa%20para%20disminuir%20los%20riesgos%20de%20padecer%20depression%20postparto.pdf?sequence=1>

Nacarino, S. Á., Gutiérrez, L. Q., García, B. F., González, E. P., y Torres, K (2018). El papel del personal de enfermería en la depresión postparto. IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-4-pos11\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-4-pos11[1].pdf)

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjp687r4ob4AhVLwQIHhcqiApkQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Fnews-room%2Ffact-sheets%2Fdetail%2Fsuicide&usg=AOvVaw12OQW2V4c7EYPjfMqjUhw5>

Sakina, R., Khan, S. E., y Chaudhry, A. G. (2021). Stigma of postpartum depression: The role of lady health workers in health care—A qualitative study. *Health Care for Women International*, 1-10. DOI: 10.1080/07399332.2021.1973009

Solís Solano, M., Pineda Mejía, A. L., y Chacón Madrigal, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(6), 90 - 99. DOI:10.31434/rms.v4i6.248

Suárez de León, M. (2020). *Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en tres centros de salud de la isla de La Palma*. [Trabajo de Fin de Grado,

Grado en enfermería]. Universidad de La Laguna.

<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19913>

Vázquez, M. B., y Míguez, M. C (2019). Prevalencia de depresión en el embarazo: utilidad de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS). *Agresión y conducta prosocial*, 46. <https://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS-ALAVA2019.pdf#page=52>

Villanea, C. F. (2018). Psicosis postparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(08), 7-12.

DOI: 10.31434/rms.v3i8.13

