



Grado en Psicología
Memoria de Trabajo de Fin de Grado
Curso 2022-2023
Universidad Miguel Hernández de Elche
Convocatoria de Junio



Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Programa de prevención de la depresión postparto en mujeres embarazadas.

Autor: Gemma Peñaranda Casas

Tutor: Javier Manchón López

Elche a 2 de Junio de 2023

ÍNDICE

- 1. RESUMEN**
- 2. INTRODUCCIÓN**
 - 2.1 Contextualización
 - 2.2 Diferencias entre tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto
 - 2.3 Prevalencia
 - 2.4 Factores de riesgo
 - 2.5 Evaluación
- 3. DETECCIÓN DE NECESIDADES**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. METODOLOGÍA**
 - 5.1 Población diana y muestra
 - 5.2 Criterios de inclusión y de exclusión
 - 5.3 Ámbito de actuación
 - 5.4 Duración de las sesiones
 - 5.5 Procedimiento
 - 5.6 Variables e instrumentos de evaluación
 - 5.7 Sesiones
- 6. SESIONES Y SEGUIMIENTO**
- 7. DISCUSIÓN**
- 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
- 9. ANEXOS**

1. RESUMEN

La Depresión Postparto (DPP) es uno de los problemas de salud mental que, aunque sigue siendo un tema tabú en la actualidad, afecta en torno al 15 % de las mujeres. Por ello, en el presente trabajo se propone el desarrollo de un programa de prevención de la depresión postparto en mujeres embarazadas. Para su diseño, se tuvo en cuenta la revisión de la literatura científica y se realizó una detección de necesidades. Esta se llevó a cabo a través de una serie de preguntas abiertas a profesionales de enfermería que trabajan en el área perinatal. El objetivo principal es la elaboración de un programa de prevención de la depresión postparto, que incluirá el abordaje de variables como la mejora de autoestima-confianza, apoyo social, mitos sobre la maternidad, regulación emocional y manejo del estado de ánimo mediante la relajación que permita a estas mujeres lidiar con esa situación de forma más eficaz. El programa propuesto está destinado a mujeres embarazadas de 18 a 40 años, con una sesión semanal de una hora y media de duración.

Palabras claves: *depresión postparto, trastorno del estado de ánimo, programa de prevención, embarazo.*



2. INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización

La etapa del embarazo es un periodo de numerosos cambios tanto para la madre como para el clima familiar, tanto a nivel físico como psicológico, ya que es un momento donde la mujer se siente más débil y vulnerable, y por ello puede aumentar las probabilidades de sufrir una depresión (García Vera, 2022). En lo que respecta a la depresión postparto, los síntomas más característicos son el alto grado de tristeza, pérdida de interés hacia las cosas, ganas continuas de llorar, poca energía para realizar actividades, insomnio, ansiedad y sentimiento de culpa (Ramos et al., 2021).

La literatura científica sobre la depresión postparto en salud mental es escasa. Aunque es un problema prevalente, apenas se han encontrado programas enfocados en la prevención en España, ya que todavía existe un gran desconocimiento por parte de la sociedad, carga con un gran estigma y existen prejuicios sociales que dificultan a las madres a poner solución a esta problemática (Ameida Rogel, 2022).

Según Muñoz et al. (2017), se necesitan programas de prevención en salud mental perinatal en España ya que no existe ningún modelo de detección y actuación. Además, es importante normalizar este proceso en las mujeres. De igual forma, según Meng et al. (2022) existen numerosas mujeres que sufren depresión postparto que no lo saben ni buscan ayuda psicológica por lo que es de gran importancia aumentar los cuidados desde enfermería perinatal para identificarlo lo antes posible. A estas razones, se le tiene que sumar que más de un 10% de las mujeres a nivel mundial sufren embarazadas sufren depresión y más de 700.000 de la población general con depresión se acaban suicidando (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2 Diferencias entre tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto.

Es necesario hacer distinción entre los diferentes padecimientos afectivos, de más leve a más grave, que pueden aparecer después del parto como la tristeza postparto (TTP), la depresión postparto (DPP) y la psicosis postparto (PPP):

- La tristeza postparto (TTP), la cual es conocida como “baby blues” o “maternity blues”, es presentada según la OMS hasta en un 80% de las nuevas madres. Se trata de una alteración muy común del estado de ánimo producto de una serie de cambios tanto a nivel hormonal y emocional como psicológico. Se caracteriza por aparecer dos o tres días después del parto, tiene una duración de hasta tres semanas después del parto y no requiere de ningún tratamiento específico (Martín Aragón, 2022). Es fundamental destacar que la tristeza postparto se debe únicamente a cambios hormonales de la madre, con una intensidad baja y duración corta, por lo que es primordial controlar si los síntomas no desaparecen en el periodo de tiempo establecido o bien, aumenta la sintomatología depresiva lo que podría conllevar a la aparición de depresión postparto (Medina-Serdán, 2013).
- La depresión postparto (DPP) es una alteración del estado de ánimo con un índice de prevalencia mundial del 15%. Se caracteriza por aparecer en días, meses o hasta un año después del parto, tiene una duración variable de semanas o meses y requiere de terapia individual o grupal (Santos Hernández, 2022). En este caso, la sintomatología es más acentuada y, aunque tarde más tiempo en aparecer, también cursa con mayor duración en el tiempo lo que provoca efectos negativos significativos a largo plazo tanto para la madre como para la familia (Aguirre y Estremadoiro, 2022).
- La psicosis postparto (PPP) es la patología mental más grave de los tres padecimientos mencionados que puede suceder tras el parto con una incidencia del 0,1-1%. Se caracteriza por síntomas psicóticos y afectivos como euforia, insomnio, agitación, alucinaciones y/o delirios, pensamientos obsesivos e incluso ideas suicidas y requiere de hospitalización y tratamiento urgente (Martín Aragón, 2022).

2.3 Prevalencia

Según la OMS, la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, incapacitantes y la primera causa de discapacidad en el mundo. De igual manera, el postparto es un periodo de vulnerabilidad tanto a nivel biológico, psicológico como social debido a los cambios que conlleva la maternidad (Domínguez Mejías, 2022).

En cuanto a la prevalencia de la depresión postparto no está clara, la mayoría de los artículos relacionados concuerdan en que afecta a un 10-15% de las mujeres de la población en todo el mundo, lo que quiere decir que una de cada 10 mujeres va a sufrir depresión postparto (Lamagrande Castro, 2022). Según un estudio en Veracruz sobre la prevalencia de la depresión postparto, un 23,6% del total de mujeres embarazadas de la muestra presentó síntomas depresivos. Sin embargo, hubo diferencias en cuanto al trimestre en el que se encontraban: en primer lugar, un 19,1% en el primer trimestre, después, un 14,3% en el segundo trimestre y por último, un 66,6% en el tercer trimestre de gestación (Ruiz-Acosta et al., 2017).

2.4 Factores de riesgo

Según Suárez de León (2020), algunos factores de riesgo de la depresión postparto son:

- **Edad:** existe mayor probabilidad de que aparezca la depresión postparto en mujeres más jóvenes que en mujeres adultas, ya que presentan menor resistencia a la hora de afrontar las alteraciones del embarazo.
- **Apoyo social:** la falta de apoyo social o emocional tanto de la familia como de la pareja y amigos se convierte en un factor de riesgo crucial.
- **Nivel socioeconómico:** una mujer con bajo nivel socioeconómico es más vulnerable a padecer depresión postparto, ya que esa situación produce sentimientos de culpa e inquietud.
- **Plan de embarazo:** existe mayor riesgo de padecer depresión postparto si el embarazo no es deseado, ya que puede aumentar el rechazo por el bebé.
- **Antecedentes personales:** existe mayor probabilidad de que aparezca si ha habido antecedentes en la familia de depresión postparto.
- **Número de partos:** el primer parto se asocia más a un mayor riesgo al desconocer el cambio que ello conlleva.
- **Parto prematuro:** conlleva a experimentar altos niveles de sintomatología depresiva al cambiar la expectativa deseada que tenían en un principio.
- **Complicaciones en el parto:** tener un “parto difícil o traumático” aumenta de manera significativa el riesgo ya que deja huella en la mujer tanto a nivel físico como psicológico.

- **Anomalías congénitas:** aumenta el riesgo al tener la incertidumbre del desarrollo del bebé.
- **Lactancia materna:** algunas mujeres sufren complicaciones a la hora de la lactancia y les es imposible llevarla a cabo, lo que provoca un aumento de la ansiedad y depresión y una disminución de la confianza en sí misma al no verse capaz de amamantar a su hijo.

2.5 Evaluación y Tratamiento

En cuanto al tratamiento, según Suárez de León (2020), existen dos maneras diferentes de tratar la depresión postparto dependiendo de la gravedad de los síntomas, el tratamiento no farmacológico para una depresión postparto leve-moderada y el tratamiento farmacológico para una depresión postparto grave.

Por un lado, dentro del tratamiento no farmacológico se encuentra la psicoterapia y la realización de actividad física. Dentro de la psicoterapia, se puede encontrar la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TPI):

- La **terapia cognitivo conductual** se centra en la sustitución o modificación de pensamientos y conductas por otros más funcionales y adaptativos (Endara Gómez, 2022). Es la técnica más utilizada para ayudar a la madre a sustituir ciertos pensamientos negativos y disfuncionales en otros más adaptativos y saludables y a determinar una serie de actividades agradables para disminuir los síntomas depresivos. En relación a esto último, la realización de actividad física es fundamental en la salud física y psicológica de la madre, ya que aumenta la autoestima y confianza en una misma tras los cambios corporales y de peso fruto del embarazo (Suárez de León, 2020).
- La **terapia interpersonal** se centra en la resolución de conflictos que existen en el entorno de la persona, ya sean con familiares, pareja o amigos (Endara Gómez, 2022). Con esta técnica se ayuda a la madre a resolver aquellos problemas de la vida cotidiana y poder aplicar estrategias para solucionar dichos problemas.

Por otro lado, en el tratamiento farmacológico, se hace uso de fármacos. En ocasiones más graves, es necesario recurrir al uso de fármacos para tratar la depresión postparto. Sin embargo, se debe combinar con terapia ya que muchos fármacos son incompatibles con algunos factores importantes en la maternidad, como la lactancia.

A pesar de lo mencionado anteriormente, cabe destacar que, si un buen tratamiento es capaz de reducir la sintomatología depresiva de la depresión postparto, la prevención es esencial e incluso más conveniente para evitar que no se llegue a presentar el trastorno (Endara Gómez, 2022). De igual forma, varios estudios confirman que la prevención es una de las medidas más eficaces que mejora la calidad de vida de la mujer embarazada y del bebé al evitarse los síntomas depresivos propios del trastorno (Moreno et al. 2015). Por ello, el objetivo de este trabajo es presentar un programa para prevenir la depresión postparto en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo.

3. DETECCIÓN DE NECESIDADES

Con el previo consentimiento de la Oficina de Investigación Responsable (número admitido por la OIR UMH 221026115713 TFG.GPS.JML.GPC.221026), se llevó a la práctica una detección de necesidades (Anexo 1) en la que participaron seis mujeres, todas ellas matronas en diferentes hospitales de España.

El instrumento utilizado para este estudio fue un formulario de preguntas abiertas que abordaban cuestiones acerca del conocimiento de la depresión postparto, los planes de actuación existentes en sus centros de trabajo cuando se da un caso de depresión postparto en mujeres, así como las necesidades psicológicas que pueden detectar desde su experiencia profesional en el servicio de enfermería para abordar esta problemática (Anexo 2).

Los datos mostraron una necesidad de ayuda psicológica en las mujeres embarazadas para prepararse emocionalmente al parto y postparto y, así, prevenir la aparición de la depresión postparto. En concreto, una de ellas manifiesta que no cuentan con el tiempo suficiente para encargarse de esa labor.

En cuanto a la prevalencia, tres de las seis matronas afirman que observan con bastante frecuencia a mujeres con depresión postparto en su área de trabajo frente a la otra mitad que difiere que observan casos con menor frecuencia.

Por otro lado, en cuanto al procedimiento cuando se observa un caso de depresión postparto, todas las matronas entrevistadas coinciden en que inmediatamente se deriva a un especialista en salud mental ya que no tienen el tiempo suficiente para prestar ese cuidado, por lo que es

necesario el incremento de las plazas del sistema público de los psicólogos para abarcar de una forma más correcta a los problemas de salud mental (Duro, 2021).

Además, coinciden con la literatura científica en muchos factores de riesgo que hacen que las mujeres sean más susceptibles a sufrir depresión postparto, como que haya alguna complicación compleja en el parto, que el bebé sea prematuro, que sea el primer parto, que no haya apoyo social ni familiar, que haya complicaciones en la lactancia, falta de gestión emocional y que haya bajo nivel socioeconómico.

Por consiguiente, las sesiones se han creado a partir de las opiniones de matronas sobre qué sería útil para prevenir la depresión postparto y, por ello, se van a trabajar:

- Programa gratuito y asequible a las mujeres embarazadas.
- Prevención y promoción de la salud durante el embarazo.
- Informar sobre complicaciones y realidades del parto.
- Gestión de las emociones.
- Importancia de tener una figura de apoyo.

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Prevenir la depresión postparto mediante un programa de prevención en mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de embarazo.

Objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos sobre los diferentes trastornos del estado de ánimo para su detección más temprana.
- Ampliar los conocimientos sobre los mitos y realidades del embarazo.
- Reforzar la red de apoyo de las mujeres embarazadas para pedir ayuda en caso de ser necesario.
- Favorecer el uso de una comunicación asertiva como herramienta de gestión emocional.
- Mejorar la autoestima.

5. METODOLOGÍA

5.1 Población diana y muestra

El programa de prevención irá dirigido a mujeres embarazadas que se encuentren en el tercer trimestre de embarazo (desde la semana 28).

5.2 Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de **inclusión** son:

- Mujeres con una edad comprendida entre 18 y 40 años.
- Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo.
- Mujeres que acudan al Hospital Universitario de Elche a realizar sus revisiones.

Los criterios de **exclusión** son:

- Mujeres que realicen un consumo de sustancias.

5.3 Ámbito de actuación

Las sesiones se llevarán a cabo en el salón de actos del Hospital Universitario de Elche ubicado en la planta baja.

Esta sala tiene capacidad suficiente para las personas y materiales necesarios como butacas, mesas, pantalla y proyector.

5.4 Duración de las sesiones

El programa está formado por seis sesiones con una duración cada una de una hora y media. Se llevarán a cabo una sesión por semana, por lo que el programa tendrá una duración de seis semanas.

5.5 Procedimiento

Por un lado, la captación se llevará a cabo mediante la ayuda de las matronas en las revisiones con las mujeres embarazadas.

La inscripción al programa será totalmente gratuita. En dicho documento se solicitará el nombre y apellidos, número de teléfono, DNI, correo electrónico, año de nacimiento y estado civil (Anexo 3).

En cuanto al método de selección, en primer lugar se contactará con los hospitales de la zona Elche y hablar con la dirección del centro para proponerles la realización del programa. Si da su consentimiento, se pedirá a las matronas que anuncien el programa a las mujeres embarazadas que estén atendiendo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se acordará un día con las mujeres embarazadas que quieran participar para que rellenen la inscripción y explicarles en qué va a consistir el programa.

5.6 Variables e instrumentos de evaluación

Las variables que se van a tener en cuenta relacionadas con la depresión postparto son:

- Nivel de conocimiento acerca de la depresión postparto
- Estado de ánimo actual
- Apoyo social percibido
- Autoestima
- Asertividad
- Depresión

En cuanto a los instrumentos de evaluación, se utilizará un cuestionario ad hoc compuesto de seis preguntas con tres opciones de respuesta que se utilizará al principio de la segunda sesión para observar los conocimientos que poseen acerca de los diferentes trastornos del estado de ánimo (Anexo 4).

Los demás instrumentos se utilizarán en una evaluación pre-test y post-test al inicio de la primera sesión para evaluar las siguientes variables y posteriormente comprobar la eficiencia del programa:

- *Estado de ánimo actual*: evaluado con la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA; Sanz, 2001), que consta de 16 ítems con respuestas tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) con las palabras “nada” (0) y “mucho” (10). Tiene una consistencia interna adecuada de 88 (Anexo 5).
- *Apoyo social percibido*: evaluado con la Escala MSPSS (Zimet et al. 1988), que consta de 12 ítems con respuestas tipo Likert entre 1 y 7 puntos, donde la puntuación más alta señala mayor apoyo social percibido. Presenta una consistencia interna 88 (Anexo 6).

- *Autoestima*: evaluada con la adaptación de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; González et al. 2000), que consta de 10 ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos. Cuenta con una consistencia interna de 86 (Anexo 7).
- *Asertividad*: evaluada con la Escala de Asertividad de Rathus (RAS; León y Vargas, 2008), que consta de 22 ítems con una escala Likert de 0 a 5 donde “0” es “muy poco característico en mí” y “5” es “muy característico en mí”. Tiene una consistencia interna de 84 (Anexo 8).
- *Depresión Postparto*: evaluada con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) (Cox et al. 1987), que consta de 10 ítems, cada uno compuesto por una escala de respuesta politómica de cuatro opciones de respuesta de 13 puntos (de 0 a 13). Presenta una adecuada consistencia interna de 78 (Anexo 9).

Las puntuaciones se pueden agrupar en:

- Puntuación de 10: sin riesgo de depresión postparto.
- Puntuación de 10-12: límite riesgo de depresión postparto.
- Puntuación mayor o igual a 13: probable depresión postparto.

Esta escala nos ayuda a la hora de realizar un seguimiento a los dos meses después del parto, a los seis meses después del parto y al año después del parto.

5.7 Sesiones

Con ayuda de la información proporcionada por los profesionales de enfermería sobre la depresión postparto, se han confeccionado seis sesiones con los aspectos más importantes y necesarios para abordar con las mujeres embarazadas.

La primera sesión se centrará en realizar la evaluación inicial y en una pequeña presentación general con todas las mujeres. Además, se realizará una breve introducción sobre los conceptos a trabajar mediante un póster y un vídeo introductorio.

En las siguientes sesiones, el programa va dirigido a conocer la diferencia sobre los distintos trastornos de ánimo, detectar mitos sobre la maternidad, reforzar su red de apoyo a la que acudir en casos necesarios, trabajar la comunicación asertiva y mejorar la autoestima. Se pretende que en las sesiones haya una combinación entre fundamentos teóricos y actividades dinámicas para que las mujeres puedan participar de forma activa.

6. SESIONES Y SEGUIMIENTO

SESIÓN 1: ¡CONOZCÁMONOS!

Objetivo sesión: Conocer a los participantes, sus expectativas del taller y los temas a tratar.

Materiales: sillas, mesas, proyector, power point, vídeo, folios y bolígrafos.

Dinámica:

Para la primera parte de la sesión, se hará un pase pre-test de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), de la Escala MSPSS, de la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Asertividad de Rathus y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS).

Una vez finalizado, se llevará a cabo la introducción del taller donde las participantes tendrán unos minutos para hablar y presentarse entre ellas por parejas. Cuando el terapeuta lo indique, se formará un círculo y cada una, por turnos, tiene que presentar a su compañera que le ha tocado frente al grupo. Seguidamente, se les preguntará sobre sus expectativas del taller y sobre qué conceptos se van a trabajar y qué van a aprender. Todo esto se realizará mediante una lluvia de ideas y después se dará respuesta a sus ideas indicando los contenidos que se trabajarán. (Anexo 10).

Una vez se conocen los temas que se van a tratar, se presentará un pequeño vídeo introductorio (Anexo 11).

SESIÓN 2: ESE DOLOR SILENCIOSO

Objetivo específico: Aumentar los conocimientos sobre los diferentes trastornos del estado de ánimo para su detección más temprana.

Materiales: sillas, mesas, proyector, power point, móvil, folios y bolígrafos.

Dinámica:

En esta segunda sesión, con ayuda de la aplicación “Kahoot” se harán una serie de preguntas sobre los diferentes trastornos del estado de ánimo que pueden aparecer tras el parto de una forma interactiva y las participantes tendrán que contestar en base a lo que piensen (Anexo

12). Tras cada pregunta, se realizará una breve explicación sobre cada concepto y se corregirán ideas erróneas de la maternidad mediante un debate general entre las participantes para que puedan expresar sus inquietudes y lo natural que es estar tristes en ciertos momentos de la maternidad.

SESIÓN 3: PONGO EN ORDEN MIS EMOCIONES

Objetivo específico: Ampliar los conocimientos sobre los mitos y realidades del embarazo.

Materiales: sillas, mesas, proyector, power point, folios, bolígrafos, esterillas.

Dinámica:

La primera parte de la sesión se centrará en informar sobre ciertas complicaciones que pueden aparecer en el parto y desmentir los mitos que existen sobre la maternidad. Esta actividad se realizará con ayuda del proyector donde se proyectarán a un lado de la pantalla algunos mitos en el embarazo y tras el parto y las participantes tendrán que rellenar en un folio la realidad de cada mito (Anexo 13). Posteriormente, se hará una puesta en común de las respuestas para identificar las que son correctas.

La segunda parte de la sesión se centrará en aprender y aplicarse a sí mismas técnicas de relajación ante la aparición de esos miedos y pensamientos desadaptativos. La relajación sirve para disminuir la tensión tanto corporal como mental, y para llegar a este estado de relajación es importante utilizar diferentes técnicas como la respiración abdominal, entre otras. Para realizar la respiración abdominal, la mujer deberá colocar una mano en el abdomen y otra en el pecho e inspirar todo el aire posible por la nariz y dirigirlo hacia los pulmones con ayuda en todo momento del diafragma que se contrae y sin que la mano del pecho se mueva. Seguidamente, al relajarse, el diafragma vuelve a su posición y ayuda a expulsar todo el aire de los pulmones por la boca sin que haya movimiento en el pecho, únicamente en el abdomen.

Se resaltarán que realizar estos tipos de relajación durante el embarazo ayuda a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión ante una situación que produce malestar en la mujer embarazada (Valdivieso González, 2016).

SESIÓN 4: JUNTOS SOMOS MÁS FUERTES

Objetivos específicos: Reforzar su red de apoyo para pedir ayuda en casos necesarios y favorecer el uso de una comunicación asertiva como herramienta de gestión emocional.

Materiales: sillas, mesas, proyector, power point, móvil.

Dinámica:

En la primera parte de la sesión, con ayuda de la aplicación “Mentimeter” (Anexo 14) las participantes deberán pararse a pensar unos minutos y escribir en su dispositivo móvil a cinco personas de su entorno que sean más importantes para ellas. Una vez terminado, en la pantalla se observarán todas las personas y en mayor tamaño aparecerán las más repetidas y en menor tamaño las menos repetidas. Con esta actividad, se reflexiona sobre la importancia de tener personas de apoyo y de confianza y que ante diferentes tipos de problemas se va a recurrir a una persona u otra.

En la segunda parte de la sesión, se conocerán los diferentes estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo). Se dibujará en un folio una balanza, en un extremo se sitúa el estilo agresivo y en el otro extremo se sitúa el estilo pasivo. Para que ambos extremos se igualen y la balanza quede equilibrada es importante situar en el medio el estilo asertivo. Una vez explicados los tres tipos de estilos que existen se visualizará un vídeo corto (Anexo 15). Tras la visualización del vídeo, la asertividad se pondrá en práctica con algunas preguntas como:

- Una mujer que no conoces te ve en el supermercado y te toca la barriga.
- Te invitan a una comida con amigos pero a última hora no te apetece.
- Un hombre te dice que has engordado mucho en el embarazo.

Después, se les pedirá a las participantes que practiquen en casa y que el próximo día cuenten a las demás si se ha dado una situación en las que han tenido que utilizar un estilo asertivo.

SESIÓN 5: ME MIRO AL ESPEJO Y ME RECONOZCO

Objetivo específico: Mejorar la autoestima.

Materiales: sillas, mesas, folios y bolígrafos.

Dinámica:

En la primera parte de la sesión, se realizará la actividad “árbol de la autoestima” el cual tiene raíces, ramas y frutos (Anexo 16).

¿Qué representa cada elemento?

- Raíces: son las cualidades positivas que ofrecen estabilidad.
- Ramas: son aquellas cosas que se me dan bien realizar.
- Frutos: son aquellos triunfos que se han conseguido por los que estar orgulloso.

Las mujeres tendrán que dibujar un árbol en un folio y hacer anotaciones en cada elemento. Una vez terminado, cada una comparte su árbol con las demás y pueden recibir feedback para que añadan más anotaciones.

En la segunda parte de la sesión, se trabajará la autoestima mediante la técnica del “anuncio publicitario” (Anexo 17) donde cada participante tiene que escribir en un papel cinco cualidades positivas suyas y después tienen que crear un spot publicitario compartiendo esas cualidades con las demás. Después, cada una tiene que hacer una lista con un objetivo a conseguir después del parto a corto largo (en un mes), a medio plazo (en un año) y largo plazo (más de un año). Una vez se tienen esos tres objetivos, se realiza una lista con actividades agradables que pueden realizar para conseguir esos objetivos tanto dentro como fuera de casa.

SESIÓN 6: NUEVA VERSIÓN DE MÍ

Objetivo de la sesión: Finalización del programa.

Materiales: sillas, mesas, proyector, power point, folios y bolígrafos.

Dinámica:

En primer lugar, se hará un resumen de todas las sesiones y se preguntará qué cosas les han gustado más. Se debe recalcar que, aunque el programa haya terminado, es importante que

pongan en práctica lo aprendido en estas semanas para poder enfrentarse a una nueva etapa llamada maternidad.

Por último, se volverá a pasar para el post-test la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), la Escala MSPSS, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Asertividad de Rathus y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) para observar si se han producido cambios tras el programa.

7. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue diseñar un programa de prevención en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo.

Una manera de evitar los síntomas depresivos de la depresión postparto es mediante intervenciones preventivas. Sin embargo, los estudios desde este enfoque preventivo son escasos frente al enfoque de intervención, por lo que en este programa se recalca la importancia de realizar más programas desde la prevención para atender la salud mental de las mujeres desde el embarazo y que reconozcan si los síntomas depresivos se vuelven más intensos y perduran en el tiempo (Pérez-Miranda et al., 2021).

En cuanto a los resultados esperados, se prevé que esta propuesta de intervención ayude a aumentar los conocimientos sobre los diferentes trastornos del estado de ánimo, reforzar la figura de apoyo y fortalecer la autoestima y confianza en sí mismas. Además, se ha podido observar cómo se trabajan muchos factores de riesgo que coinciden tanto con la literatura científica como con las matronas entrevistadas, los cuales se pueden modificar con correctas estrategias de prevención.

En lo que respecta a las fortalezas del programa, se abordan contenidos que pretenden mejorar el entendimiento de la maternidad, así como la percepción que tienen de su propio embarazo pudiendo solventar las inseguridades, retos y miedos de una manera sana. Además, se van a trabajar diversas variables relacionadas con la depresión en un único programa, como estado de ánimo, autoestima, apoyo social y asertividad. Al mismo tiempo, la metodología es muy dinámica ya que las participantes pueden poner en práctica lo aprendido, puesto que la mayoría de las actividades están enfocadas de manera que pueden conversar y compartir experiencias permitiéndoles así tener en cuenta otros puntos de vista.

Respecto a las debilidades del programa, el hecho de que la depresión postparto tenga aún en la sociedad un gran estigma puede que influya negativamente a la hora de que las mujeres

embarazadas quieran acudir al programa o, del igual forma, acudan al programa pero abandonen antes de terminar.

Pese a este aporte, algunas de las limitaciones del presente estudio serían el poco margen temporal para realizar el programa, puesto que depende de que se pongan de parto antes de lo previsto. Esto, a su vez, puede suponer otra limitación con la recogida de datos de la evaluación post-test. La escasa información sobre la prevención en depresión postparto también ha condicionado la elaboración de este programa.

Para concluir, se debe destacar la importancia de informar sobre este trastorno del estado de ánimo tan común y estigmatizado en la actualidad y aumentar los protocolos de prevención desde la primera revisión del embarazo a todas las mujeres embarazadas con ayuda de un equipo multidisciplinar de profesionales del área perinatal y profesionales de la salud mental, para mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Igualmente, es esencial dar visibilidad a la depresión postparto y la realidad del embarazo, dejando a un lado la idealización de la maternidad, y estudiando más en profundidad este trastorno dada la ausencia de estudios al respecto (Almeida Rogel, 2022).



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, C. I. L. y Estremadoiro, D. L. B. (2022). Desarrollo de la Depresión Postparto. *EDITORES SUPERVISORES*, 10, 20-25.
- Almeida Rogel, C. D. (2022). *Depresión postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12466>.
- Domínguez Mejías, M. (2022). Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso. *Revista Científico Sanitaria Sanum*, 5(4), 38-46.
- Duro Martínez, 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.
- Endara Gómez, K. L. (2022). Intervención psicológica en la depresión posparto. [Tesis de Pregrado]. Universidad Tecnológica Indoamérica. Recuperado en <https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5064>.

- García Vera, M. G. (2022). Prevención de la depresión postparto en gestantes centro de salud Juan Montalvo. *La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud*. Recuperado en <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7117>.
- Lamagrande Castro, A. (2022). *Experiencias de las mujeres con depresión postparto: una propuesta de investigación cualitativa*. Recuperado en <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/31629>.
- Martín Aragón, P. (2022). *Detección del riesgo y prevención frente a la depresión postparto. Una revisión sistemática*. Recuperado en <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54181>.
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
- Meng, J., Du, J., Diao, X. y Zou, Y. (2022). Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 38(3), 435-443.
- Moreno, M. D. M., García, A. B. y Villar, V. R. (2015). Depresión postparto. *Trances: Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, 7(3), 499-508.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Pérez-Miranda, G., Ortiz-Pinilla, D., Niño-Mancera, D. A., Gómez-Salcedo, L. H. y Bayona-Granados, K. V. (2021). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión postparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Médicas UIS*, 34(1), 73-90.
- Ramos, I. J., Calvo, R. N., Torres, M. N., Ramírez, M. D. L., Casanova, Y. C. y Feerer, A. B. (2021). Depresión postparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5), 163.
- Ruiz-Acosta, G. J., Organista-Gabriel, H., López-Avenidaño, R. A., Cortaza-Ramírez, L. y Vinalay-Carrillo, I. (2017). Prevalencia de depresión en embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Revista Salud y Administración*, 4(12), 25-30.
- Santos Hernández, A. (2022). *Relación entre las expectativas de las embarazadas y el desarrollo de la depresión postparto*. Recuperado en <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28974>.
- 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*. Recuperado en <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19913>.

Valdivieso González, E. (2016). *Técnicas de relajación: Aplicación a lo largo de la educación maternal en mujeres embarazadas y sus beneficios durante el trabajo de parto*. Recuperado en <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17740>.

9. ANEXOS

ANEXO I. Código de Investigación Responsable



Elche, 5 de abril de 2023

| | |
|---|---|
| Tutor/a | Javier Manchón López |
| Estudiante | Gemma Peñaranda Casas |
| Tipo de actividad | TFG |
| Título del trabajo | Programa de prevención de la depresión postparto en mujeres embarazadas |
| Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad | - |
| Evaluación riesgos laborales | Conforme (Autodeclaración) |
| Evaluación ética uso muestras biológicas humanas | No solicitado |
| Evaluación ética humanos | Aprobado |
| Evaluación ética animales | No solicitado |
| Registro | 221026115713 |
| Referencia | TFG.GPS.JML.GPC.221026 |
| Caducidad | 2 años |

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

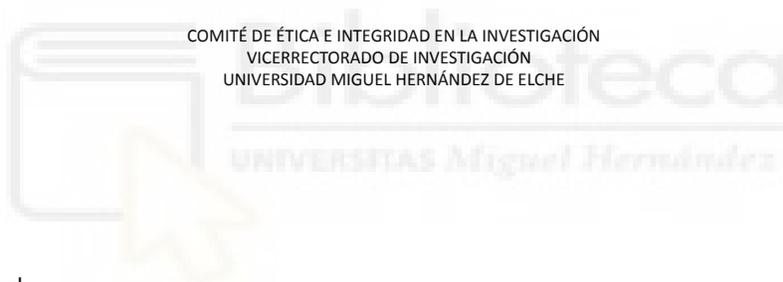
La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos Domingo Orozco Beltrán
Secretario CEII Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación Vicerrectorado Investigación



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.



La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

ANEXO II. DETECCIÓN DE NECESIDADES

Las respuestas a las preguntaban estaban en la línea del conocimiento de la depresión postparto, los planes de acción ante un caso, frecuencia en la que ocurre, sugerencias, factores de riesgo y la importancia de la prevención desde la psicología.

A continuación se muestran las respuestas de las personas entrevistadas:

1) ¿Cómo definirías la depresión postparto?

Participante 1: “Es la depresión que sufren las madres tras haber dado a luz. Aunque no tiene que ser inmediato, puede pasar un tiempo después de haber tenido el bebé”

Participante 2: “Proceso de derrumbamiento personal tras la llegada de su bebé, en el cual siente incluso rechazo al mismo”

Participante 3: “Es el estado emocional y mental de vulnerabilidad que presenta la mujer luego del parto”

Participante 4: “Aparición de tristeza o melancolía de una mujer, debido al cambio fisiológico a nivel hormonal y emocional”

Participante 5: “Un trastorno del estado de ánimo debido al cambio brusco del estilo de vida al tener un bebé”

Participante 6: “Tristeza constante que se sale de la normalidad (ej: incapacidad para cuidar de su bebé”

2) ¿Con cuánta frecuencia observas casos de depresión postparto en mujeres en tu área?

Participante 1: “En el tiempo que estuve trabajando en neonatos (4 meses) no vi ninguna”

Participante 2: “Poca, en casos en los que el bebé no ha salido todo lo bien que esperaban”

Participante 3: “Con regularidad”

Participante 4: “Con bastante frecuencia, sobre todo en el seguimiento del puerperio en el centro de salud. Existe mayor incidencia en mujeres que dan lactancia materna”

Participante 5: “Poca”

Participante 6: “Bastante”

3) ¿Qué se hace cuando un caso de depresión postparto es detectado en tu servicio?

Participante 1: “Avisar a su médico responsable para atención psicológica”

Participante 2: “Se anima a visitar, interactuar más con el bebé, sacarlo a canguro piel con piel y aprovechar los momentos de lactancia para estar más unidos”

Participante 3: “Primero se le brinda inmediatamente la consejería respectiva y luego se deriva al Servicio de psicología”

Participante 4: “Realizamos una buena prevención y promoción de la salud, ya que puede ser uno de los motivos para comenzar a consumir sustancias tóxicas. Dependiendo de la gravedad de la depresión y evolución, derivaremos al especialista de salud mental o simplemente daremos apoyo psicológico a este tipo de pacientes. Animaremos a la madre a tener contacto con otras madres”

Participante 5: “No ha ocurrido nunca”

Participante 6: “Derivar a un especialista en Salud mental”

4) De lo que se hace actualmente en depresión postparto, ¿qué más se podría hacer en tu servicio?

Participante 1: “Enseñar a las enfermeras y TCAEs una detección precoz”

Participante 2: “Proponer charlas informativas a dichas mamás”

Participante 3: “Sesiones o grupos de postparto para brindar consejería y terapias de relajación”

Participante 4: “Se podría aportar un mayor seguimiento por parte de enfermería, pero no tenemos el tiempo suficiente para prestar los cuidados de enfermería idóneos en este caso”

Participante 5: “Dar apoyo emocional”

Participante 6: “Prevención”

5) Por tu experiencia profesional, ¿crees que existen unas características de la persona o del entorno que podrían hacer más probable sufrir una depresión postparto? En caso afirmativo, ¿cuáles son?

Participante 1: “Al no haber estado con personas que lo han sufrido, no tengo experiencia para contestar”

Participante 2: “Si, cuando el bebé ha tenido complicaciones en el parto y presenta algún déficit o alguna complicación compleja y en bebés prematuros cuyas mamás viven en incertidumbre constante”

Participante 3: “Las madres por primera vez, la ausencia o falta de apoyo por parte de la pareja y del entorno familiar de la madre”

Participante 4: “Dar la lactancia materna”

Participante 5: “Si, todo depende de la gestión de las emociones que tenga esa persona, de las facilidades en la vida diaria y del apoyo y comprensión de quienes la rodean”

Participante 6: “Si, condiciones socioeconómicas desfavorables”



6) En tu opinión, ¿qué podemos aportar desde la psicología que podría ser útil para la prevención de la depresión postparto?

Participante 1: “Técnicas para detección tanto a personal como a familiares cercanos. Atención para que la propia madre lo identifique y no se sienta culpable. Y atención para que el padre lo identifique y no culpabilice a la madre”

Participante 2: “Tto psicológico a todas las mamás cuyos bebés hayan pasado por dichos procesos complicados (complicaciones, prematuridad), sin tener que ofertarlo, sino que sea siempre”

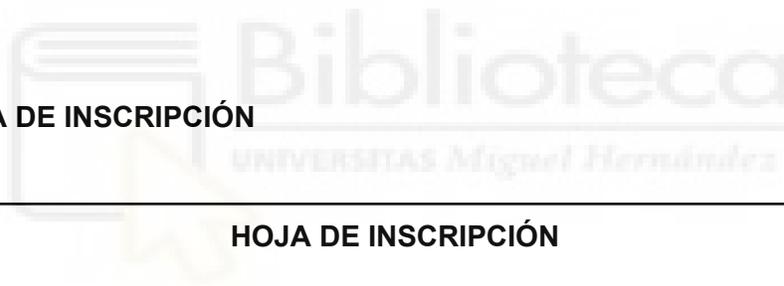
Participante 3: “Intervención del Servicio de Psicología a toda gestante que se atiende en los servicios de salud, es decir, que sea parte del protocolo de atención del embarazo, la derivación a psicología a toda gestante controlada”

Participante 4: “Una mayor promoción de la salud y prevención, desde el embarazo. De este modo, el impacto de la madre a nivel emocional no es tan fuerte”

Participante 5: “La psicología debería ser más asequible y cercana a la población en general”

Participante 6: “No idealizar la maternidad, explicar la realidad de este proceso , con sus aspectos positivos pero también los negativos”

ANEXO III. HOJA DE INSCRIPCIÓN



| HOJA DE INSCRIPCIÓN | |
|---------------------|--|
| NOMBRE: | |
| APELLIDOS: | |
| DNI: | |

AÑO NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

Firma

ANEXO IV: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Cuestionario para evaluar los conocimientos sobre los distintos trastornos del estado de ánimo que pueden aparecer después del parto. Está compuesto por 6 preguntas con 3 opciones de respuesta.

CUESTIONARIO

Conteste al siguiente cuestionario donde sólo una de las opciones es la correcta. Revíselo antes de terminar para asegurarse de que ha contestado a todas las preguntas.

Muchas gracias.

- 1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO corresponde con la depresión postparto?**
 - Se produce en alrededor del 80% de las mujeres embarazadas y no requiere de tratamiento.

- Se caracteriza por aparecer en días, meses o hasta un año después del parto.
 - La sintomatología depresiva es muy acentuada y perdura más en el tiempo.
- 2. ¿La depresión postparto tiene cura?**
- Sí, con ayuda de psicoterapia y terapia interpersonal.
 - Sí, con tratamiento farmacológico en casos graves.
 - Ambas son correctas.
- 3. ¿En qué se diferencia la psicosis postparto de la depresión postparto?**
- Los síntomas van acompañados de delirios y alucinaciones.
 - Se requiere tratamiento individual o grupal.
 - Tiene una prevalencia del 10-15%.
- 4. ¿En qué se diferencia la depresión postparto de la tristeza postparto?**
- Los síntomas depresivos tienen una intensidad baja y son transitorios.
 - Puede tener repercusión en la vida del bebé.
 - No se considera un trastorno patológico.
- 5. Algunos de los factores de riesgo de la depresión postparto son:**
- Complicaciones en el parto y partos prematuros.
 - Apoyo social y nivel socioeconómico.
 - Ambas son correctas.
- 6. ¿Qué es lo primero que debo hacer si creo que tengo depresión postparto?**
- Esperar a que los síntomas desaparezcan solos.
 - Acudir a un experto en salud mental.
 - Tomar medicación para aliviar los síntomas depresivos.

ANEXO V: 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 VI: ESCALA MSPSS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Totalmente en Desacuerdo | Bastante en Desacuerdo | Más Bien en Desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Más Bien de Acuerdo | Bastante de Acuerdo | Totalmente de Acuerdo |

- | | |
|---|---------------|
| 1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en un situación difícil | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Mi familia realmente intenta ayudarme | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos | 1 2 3 4 5 6 |

ANEXO VII: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica

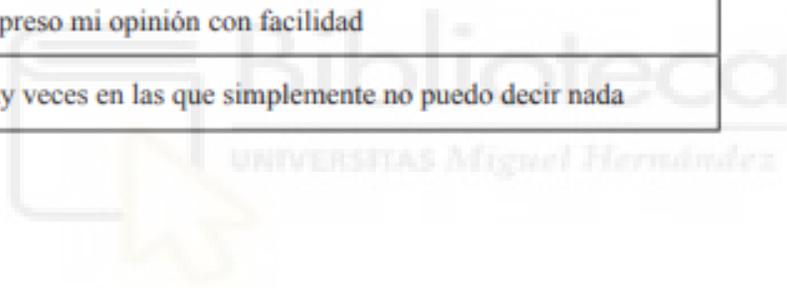
| | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|---------------|-------------------|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Creo que tengo un buen número de cualidades | | | | |
| 3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí. | | | | |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| 7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a. | | | | |
| 8. Desearía valorarme más a mí mismo/a. | | | | |
| 9. A veces me siento verdaderamente inútil. | | | | |
| 10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada | | | | |

ANEXO VIII: ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

- 0 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
- 1 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 2 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 3 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 4 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- 5 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

| | |
|---|--|
| — | 1. Pienso que mucha gente parece ser más agresiva y autoafirmativa que yo |
| — | 2. He dudado en proponer o aceptar una cita con alguien por timidez |
| — | 3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo con el mesero o mesera |
| — | 4. Cuando un vendedor se ha tomado el rato y la molestia de mostrarme un producto que después no quiero, paso mal rato al decir "NO" |
| — | 5. Me esfuerzo, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición |
| — | 6. En realidad la gente se aprovecha de mí con frecuencia |
| — | 7. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo |
| — | 8. Evito llamar por teléfono a instituciones o empresas |
| — | 9. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas o enviar correos electrónicos, a realizar entrevistas personales |
| — | 10. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado |
| — | 11. Si un pariente cercano y respetado me molesta prefiero esconder mis sentimientos antes de expresar mi disgusto |
| — | 12. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto |

| | |
|-----|---|
| ___ | 13. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos |
| ___ | 14. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo (la) busco para saber qué es lo que pasa |
| ___ | 15. Con frecuencia, paso un mal rato cuando tengo que decir que "NO" |
| ___ | 16. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena |
| ___ | 17. En el restaurante o en cualquier sitio, protesto por un mal servicio |
| ___ | 18. Cuando me halagan con frecuencia, no sé que responder |
| ___ | 19. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les pido que hagan silencio o se vayan a hablar a otra parte |
| ___ | 20. Si alguien se cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención |
| ___ | 21. Expreso mi opinión con facilidad |
| ___ | 22. Hay veces en las que simplemente no puedo decir nada |



ANEXO IX: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Escala de Depresión Posnatal Edinburgo

Las premisas a continuación están dirigidas a explorar su estado emocional. Este cuestionario tiene diez premisas y cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. **Por favor marque (X) la respuesta que mejor represente como se ha sentido en los últimos 7 días y no sólo como se ha sentido hoy.** Le recordamos que toda la información que nos provea será estrictamente confidencial, su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a responder en cualquier momento.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

- Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas:
marchaban mal:**

- Sí, casi siempre siempre _____ 3
Sí, algunas veces siempre _____ 2
No muy a menudo siempre _____ 1
No, nunca siempre _____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- No, en absoluto _____ 0
Casi nada _____ 1
Sí, a veces _____ 2
Sí, muy a menudo _____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- Sí, bastante _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No, no mucho _____ 1
No, en absoluto _____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas _____ 2
No, la mayoría de las veces
he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo
he hecho siempre _____ 0

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

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, a veces nunca _____ 2
No muy a menudo nunca _____ 1
No, en absoluto nunca _____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
Ocasionalmente _____ 1
No, nunca _____ 0

10. He pensado en hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo _____ 3
A veces _____ 2
Casi nunca _____ 1
No, nunca _____ 0

Total _____ / 30

ANEXO X: PÓSTER PRESENTACIÓN

DEPRESIÓN POSTPARTO

¿QUÉ ES?

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO TRAS EL PARTO:

- TRISTEZA
- PÉRDIDA DEL INTERÉS
- LLOROS
- INSOMNIO
- CULPA

PREVALENCIA

10-15% DE LA POBLACIÓN

FACTORES DE RIESGO

- EDAD
- APOYO SOCIAL
- NIVEL SOCIOECONÓMICO
- PLAN DE EMBARAZO
- ANTECEDENTES
- COMPLICACIONES EN EL PARTO
- PARTO PREMATURO

TIPOS

- BABY BLUES
- DEPRESIÓN POSTPARTO
- PSICOSIS POSTPARTO

¿QUÉ SE VA A TRABAJAR?

- AUTOESTIMA ✓
- ASERTIVIDAD ✓
- MITOS Y REALIDADES DEL EMBARAZO ✓
- APOYO SOCIAL ✓
- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN ✓

Lets go!

ANEXO XI: VÍDEO INTRODUCTORIO

▶ Síntomas de Depresión Postparto

ANEXO XII: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿QUÉ ES LA TRISTEZA POSTPARTO O BABY BLUES?

Síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios, pensamientos obsesivos.

Aparece en las primeras 4 semanas postparto

patología mental grave que requiere de hospitalización

alteración común del estado de ánimo producto de una serie de cambios tanto a nivel hormonal y emocional como psicológico

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN POSTPARTO?

alteración común del estado de ánimo producto de una serie de cambios tanto a nivel hormonal y emocional como psicológico

Aparece en las primeras 4 semanas postparto

Síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios, pensamientos obsesivos

patología mental grave que requiere de hospitalización

¿QUÉ ES LA PSICOSIS POSTPARTO?

alteración común del estado de ánimo producto de una serie de cambios tanto a nivel hormonal y emocional como psicológico

Aparece en las primeras 4 semanas postparto

Síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios, pensamientos obsesivos

patología mental grave que requiere de hospitalización

MITOS EN LA MATERNIDAD

01

El embarazo es un periodo de bienestar y protege a la mujer del malestar psicológico.



02

El sufrimiento psicológico no afecta ni a la gestación ni al feto ni al recién nacido.



03

La madre que da a luz de forma natural quiere más a su hijo



04

Eres mejor madre si das lactancia materna



05

La depresión posparto se da porque la madre no quiere al bebé



ANEXO XVII: ANUNCIO PUBLICITARIO

Mi anuncio publicitario

Capacidad de hacer amigos

Entusiasta

Paciente

Responsable

Con confianza en mí misma

Comprensiva

Bailar

Fuerza de voluntad

Trabajadora

Creativo

Sensible

Sentido del humor

