



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**



Curso 2020-2024

**Trabajo de Fin de Grado**

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA  
SALUD: ¿Y SI HABLAMOS DE LA  
DEPRESIÓN POSPARTO?

**Sara Martínez Sierra**

**Tutora: María Carmen Gallego Peláez**

**Cotutora: María Reyes San José Gallego**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres: por confiar siempre en mí, incluso cuando ni yo misma lo hacía. Por darme la oportunidad de estudiar año tras año pese a todas las trabas que os ibais encontrando por el camino, porque no se me ocurre nada que no me hayáis dado, con todo lo que eso implica.*

*Por quererme y acompañarme en todos y cada uno de los momentos en los que mi carácter y mi mente me jugaban malas pasadas.*

*Pero en especial, gracias por ser siempre los primeros aun cuando pongo todo lo demás por delante.*

*A mis amigos: gracias a los nuevos por aparecer y enseñarme tantas facetas de la vida que yo creía escondidas. Y a los de siempre, gracias por acompañarme en la gran evolución personal que han supuesto estos años.*

*A mi pareja: gracias por llegar en los años más duros y convertirte en un apoyo fundamental. Por aguantar la tormenta, sacar lo mejor de mí y enseñarme tanto.*

*A mí misma: gracias por no cerrar la mente a todo lo nuevo que estaba por venir, empapándote de todas las experiencias tanto buenas como malas.*

*Gracias por haber conseguido todo lo que te propusiste incluso cuando te tocaba luchar contigo misma.*

*Y gracias a mi tutora, cotutora y todos los profesionales que han formado parte de esta experiencia, que me han enseñado a cuidar y que me llevo para siempre como referentes de lo que quiero llegar a ser.*

## RESUMEN

La DPP es un problema de salud pública que afecta entre al 10% y 20% de las mujeres a nivel mundial, perjudicando también al recién nacido debido a: problemas de implicación, disminución en el vínculo maternofilial y retrasos en el lenguaje, desarrollo psicomotor, cognitivo y emocional. Por otro lado, la relación de pareja y/o familiar pueden verse dañadas por el aumento de estrés y conflicto.

Se manifiesta con síntomas físicos como, por ejemplo: insomnio, pérdida de deseo sexual, sensación de fatiga y cambios en relación con la alimentación. Y también con síntomas psicológicos: anhedonia, inseguridad relativa a la capacidad para cuidar del bebé, culpabilidad, irritabilidad y disminución de la autoestima.

Hoy en día sigue existiendo un gran estigma alrededor de la salud mental, lo cual hace que el diagnóstico de la DPP conlleve cierta dificultad. Además, cabe destacar que su aumento durante los últimos años ha contribuido a que la DPP se considere actualmente como una complicación común durante el posparto.

Por todo esto, el Programa de Educación para la Salud: ¿Y si hablamos de la depresión posparto? tiene como finalidad aumentar los conocimientos teóricos acerca de la DPP, así como proporcionar técnicas durante el embarazo para la prevención de dicho trastorno, basadas en la autoestima, identificación de sentimientos, capacidad de delegar responsabilidades y fomento de la comunicación dentro del núcleo de apoyo.

La población diana serán 30 mujeres embarazadas y sus familiares y/o amigos, con el objetivo de educar tanto a las mujeres como a su núcleo cercano.

Palabras clave: depresión posparto, educación para la salud, salud mental, recién nacido, embarazada.

## **ABSTRACT**

PPD is a public health issue that affects between 10% and 20% of women worldwide, also negatively impacting newborns due to problems with involvement, a decrease in mother-child bonding, and delays in language, psychomotor, cognitive, and emotional development. Additionally, the couple's relationship and/or family dynamics can be damaged by increased stress and conflict.

PPD manifests with physical symptoms such as insomnia, loss of sexual desire, fatigue, and changes in eating habits. It also presents with psychological symptoms, including anhedonia, insecurity regarding the ability to care for the baby, guilt, irritability, and decreased self-esteem.

Today, there is still a significant stigma surrounding mental health, making the diagnosis of PPD somewhat challenging. Furthermore, it is important to note that the increase in PPD cases in recent years has led to it being currently considered a common complication during the postpartum period.

For all these reasons, the Health Education Program: Shall We Talk About Postpartum Depression? aims to increase theoretical knowledge about PPD and provide techniques during pregnancy for its prevention. These techniques are based on self-esteem, identifying feelings, the ability to delegate responsibilities, and promoting communication within the support network.

The target population will be 30 pregnant women and their family members and/or friends, with the objective of educating both the women and their close support network.

Key words: Postpartum depression, health education, mental health, newborn, pregnant.

## **ÍNDICES:**

### **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

<b>1.</b>	<b>DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD .....</b>	<b>1</b>
1.1.	DATOS TÉCNICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA .....	1
1.2.	INTRODUCCIÓN .....	2
1.2.1.	JUSTIFICACIÓN .....	5
1.3.	DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA .....	7
1.4.	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA .....	7
1.5.	FORMULACIÓN DE OBJETIVOS .....	9
1.5.1.	OBJETIVO PRINCIPAL .....	9
1.5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
1.6.	SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA EDUCATIVA .....	9
1.7.	INTEGRACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS .....	18
1.8.	EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA .....	19
1.9.	EVALUACIÓN.....	19
1.10.	CONCLUSIONES .....	20
2.	BIBLIOGRAFÍA .....	22
3.	ANEXOS .....	24

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

DPP → Depresión posparto.

HPA → Hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

CRH → Corticotropina.

ACTH → Hormona adrenocorticotrópica.

EPDS → Escala de Edimburgo.

EpS → Educación para la Salud.

# 1. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

## 1.1. DATOS TÉCNICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

**Título:** ¿Y si hablamos de la depresión posparto?

**Lugar de aplicación:** Centro de Salud urbano, Valladolid.

**Entorno:** ciudad de Valladolid.

**Población diana:** mujeres embarazadas y acompañantes.

### **Recursos humanos y materiales:**

- Recursos humanos:

- Enfermera encargada de impartir la sesión.
- Matrona colaboradora del Centro de Salud.

- Recursos materiales:

- Sala polivalente perteneciente al Centro de Salud.
- Folletos informativos.
- Ordenador.
- Proyector.
- Pantalla para proyectar.
- Hojas de papel.
- Rotuladores, lápices y bolígrafos.
- Esterillas.
- Altavoces.
- Elementos lúdicos.

**Tiempo de aplicación del programa:** 5 semanas.

## 1.2. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental que afecta entre al 10% y 20% de mujeres tras el parto. La sintomatología e intensidad varía dependiendo de la mujer y puede ocasionarse inmediatamente después del parto o de forma gradual durante las primeras 4 semanas. No siempre inicia como depresión, sino que puede evolucionar desde síntomas como tristeza y melancolía, desembocando en DPP a lo largo de los 6 primeros meses. (1, 2)

Hay ciertos factores de riesgo que se relacionan con la DPP, por ejemplo: la multiparidad, problemas con la pareja y/o divorcio, baja edad materna, falta de apoyo familiar o problemas económicos y sociales. A pesar de esto no hay factores de riesgo directamente relacionados con la DPP a excepción de haber sufrido el trastorno anteriormente. (1, 2)

Tras varios estudios se han asociado los cambios hormonales propios del embarazo, parto y posparto con la aparición del trastorno. (2, 3, 4)

La respuesta al estrés en el cuerpo humano está regulada por el sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA).

En el hipotálamo, más concretamente en el núcleo paraventricular hipotalámico, el cual se sitúa anterior y medial al fórnix, se forma la corticotropina (CRH). Está demostrado científicamente que la CRH aumenta en periodos de estrés y tensión. (3, 4)

Por otro lado, el hipotálamo se encuentra sobre la hipófisis, órgano situado sobre la llamada silla turca, productor de hormonas que influyen en el crecimiento y desarrollo sexual entre otros, cuenta con un lóbulo frontal (anterior) y un lóbulo dorsal (posterior). El hipotálamo está conectado a dicho órgano a través de vasos sanguíneos y fibras nerviosas. La corticotropina estimula la formación y liberación de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en el lóbulo frontal de la hipófisis. (3 - 5)

La ACTH a su vez hace que las glándulas suprarrenales generen cortisol, un

glucocorticoide implicado en la respuesta al estrés tanto físico como emocional.  
(3, 4)

Durante el embarazo la placenta genera CRH placentaria además de CRH hipotalámica, es por esto por lo que durante el embarazo esta hormona se encuentra aumentada. Tras el parto y desaparición de la placenta, los niveles de CRH descienden bruscamente, haciendo que el sistema HPA sufra una alteración. (3) (ANEXO 1)

En cuanto a la sintomatología es importante diferenciar la que es característica de la DPP y los llamados *síntomas baby blues*, los cuales son síntomas leves, de corta duración y que no interfieren con el desarrollo normal de la vida cotidiana. Algunos ejemplos son: la tristeza, irritabilidad, dolor de cabeza o insomnio. Suelen durar dos semanas desde el parto y los síntomas son clasificados como frecuentes en mujeres puérperas. Por otro lado, la DPP puede tener una duración de doce meses tras el parto, y la característica principal es la anhedonia, el bloqueo de emociones. Una mujer con DPP es incapaz de valorar lo positivo como positivo y lo negativo como negativo, también se acompaña por niveles de ansiedad muy elevados y otros síntomas como cambios de humor frecuentes. (6, 7)

Algunos de los síntomas comunes que se relacionan con la DPP son:

Físicos:

- Problemas de insomnio.
- Pérdida de deseo sexual.
- Sensación de fatiga.
- Cambios en relación con la alimentación: aumento en la ingesta de ciertos alimentos o disminución del apetito.

Psíquicos:

- Anhedonia.
- La mujer se siente invadida por una gran tristeza y falta de esperanza.

- Algunas mujeres sienten que no tienen la capacidad para cuidar del bebé y eso hace que se invadan por la culpa.
- Cambios de humor repentinos e irritabilidad.
- Disminución de la autoestima.

(1, 7)

La DPP es un trastorno difícil de diagnosticar ya que existe un gran estigma a su alrededor. A nivel de atención primaria es importante evaluar los posibles factores de riesgo, el estado mental y físico de la mujer puérpera a través de la entrevista clínica y examen físico para poder detectar el trastorno con la mayor rapidez posible. (7)

Uno de los métodos más utilizados para el diagnóstico es la Escala de Edimburgo (EPDS) (ANEXO 2), la cual consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta, cada una de ellas con una puntuación que varía desde 0-3. La EPDS fue validada científicamente por sus autores: Cox, Holden y Sagovsky, y por otros a lo largo de los años, por otro lado, su sensibilidad y especificidad ha sido comprobada en varios estudios y a lo largo de los años. (8) Es una escala autoadministrada, sencilla y rápida de cumplimentar, por ello es la principal escala de elección en atención primaria. La puntuación máxima es de 30. Teniendo un resultado igual o mayor a 12 se considera a la mujer positiva en síntomas depresivos, por lo tanto, será derivada a la consulta de psiquiatría para una valoración más exhaustiva. (1, 9)

El tratamiento de la DPP es el mismo que el utilizado para la depresión mayor, incluye desde terapia psicológica hasta la farmacológica. La elección de tratamiento depende del grado de DPP que sufra la mujer. (1)

La DPP severa se diferencia de la moderada o leve en síntomas como ideación suicida, psicosis y catatonia. En estos casos el tratamiento principal es farmacológico. La sertralina es una buena elección en el caso de la DPP ya que su tasa de excreción a través de la leche materna es mínima. En el caso de la

paroxetina, no contiene metabolitos activos ni interfiere con el lactante por lo que es otro antidepresivo de elección ante una DPP. (10)

Durante el puerperio la mujer tiene mayor sensibilidad a la medicación, es por ello por lo que las dosis de antidepresivos comienzan siendo la mitad de lo que serían en otra situación y se irán modificando a medida que pase el tiempo según los efectos que genere en la mujer. (7)

En el caso de la DPP moderada o leve, el tratamiento comienza con la psicoterapia.

Dentro de la psicoterapia se puede optar por la terapia cognitivo - conductual, esta se basa en sustituir pensamientos, conductas y respuestas por otras opciones que resulten favorables a la resolución de la enfermedad. Esta terapia comienza estimulando al paciente a reconocer los pensamientos y conductas problemáticos, después serán guiados hacia respuestas alternativas más favorables.

Por otro lado, la psicoterapia interpersonal se centra en problemas sociales y/o interpersonales que el paciente esté sufriendo en ese momento. En el caso de la DPP suelen estar relacionados con disputas conyugales o cambios de rol tras el parto.

Otra opción es el asesoramiento no directivo, el cual favorece la libre expresión de sentimientos y creencias sin objetivo de juzgar o generar soluciones.

Por último, la psicoterapia psicodinámica se centra en el análisis de los patrones de respuestas, actuación y relaciones del paciente. Esta terapia se puede enfocar tanto de forma individual como grupal. (10)

### **1.2.1. JUSTIFICACIÓN**

La DPP es un trastorno cuya prevalencia es del 10% - 20% a nivel mundial y del 10,15% en España, por otro lado, según el DSM-V el riesgo de padecer un cuadro depresivo es mayor en el género femenino, acentuándose durante el posparto. (11) Por ello es de vital importancia facilitar la información necesaria para que las mujeres embarazadas y el núcleo cercano tengan la capacidad de

conocer los factores de riesgo, reconocer los síntomas, pedir ayuda y, por lo tanto, puedan tratar de prevenir el trastorno o en su defecto recibir el tratamiento correspondiente lo antes posible. (12, 13)

Prevenir el desarrollo de la DPP no sólo afecta al bienestar de la mujer, también a todo el entorno familiar, generalmente a la pareja y recién nacido, por ello es importante la educación al núcleo más cercano acerca de las diferentes estrategias de apoyo emocional, al igual que la detección de los síntomas. (14)

La mujer que sufre DPP tiene dificultad para reconocer su propia capacidad de crianza, no interpreta de forma correcta las señales del bebé, disminuyen las muestras de afecto y la comunicación. Como consecuencia, la salud del recién nacido puede verse comprometida ya que el grado de implicación de la madre disminuye, al igual que el vínculo madre-hijo. (15)

Se ha demostrado que, a raíz de estos problemas de implicación y vínculo, la DPP afecta de forma directa al retraso del lenguaje, desarrollo psicomotor, cognitivo y emocional del recién nacido. (2, 15)

Por otro lado, cuando existe un problema de crianza por alguna de las partes de la pareja, comienzan las discrepancias haciendo que aumente el estrés y conflicto dentro del vínculo familiar. (14)

Otro de los motivos por el cual es necesaria la educación sobre la DPP, es el gran estigma que hay alrededor de los trastornos mentales y en este caso en torno a un trastorno que surge en un momento en el cual se espera que la sensación predominante sea la felicidad. A pesar de la evolución del pensamiento social acerca de los trastornos mentales a lo largo de los años, en muchos casos siguen considerándose como temas tabúes, esto dificulta el diagnóstico precoz de la enfermedad, ya que algunas mujeres no buscan ayuda ante la aparición de los síntomas. (15)

Por lo tanto, la finalidad de este Programa de Educación para la Salud es educar

tanto a mujeres embarazadas como a sus acompañantes sobre todo lo relativo a la DPP para prevenir o disminuir consecuencias en la familia, mujer y bebé, eliminar todo tipo de estigma y concienciar de la importancia de la detección precoz de dicho trastorno.

### **1.3. DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA**

El grupo de incidencia crítica está compuesto por mujeres embarazadas, sin tener en cuenta el trimestre en el que se encuentren, y familiares, parejas o amigos.

La DPP es un problema de salud pública con alta prevalencia en España, el cual no sólo afecta a la propia mujer embarazada, sino también al recién nacido, al entorno familiar y social. (12 - 15)

La evidencia científica afirma que el puerperio es la etapa con mayor riesgo para desarrollos de trastorno de ánimo. En algunos casos estos cambios emocionales son leves y transitorios, los cuales permiten compaginar el estado anímico con la vida diaria, sin embargo, otros pueden producir dificultades para el desarrollo normal de las actividades cotidianas. (6, 7) La alta prevalencia de DPP tiene como consecuencia su consideración como una complicación común en el posparto, además de por la repercusión en el recién nacido, en la pareja y entorno, y el difícil diagnóstico de la enfermedad a raíz del estigma. (12 - 15)

Destinar el programa a mujeres todavía embarazadas y acompañantes hace que la información llegue previamente a los síntomas posparto. De esta forma, la preparación al parto y posparto, no sólo se basará en la actuación ante contracciones, rotura de bolsa o cuidados del recién nacido, sino que se añadirá el factor psicológico de la mujer puérpera, siendo este un factor decisivo en el bienestar materno, familiar y en la crianza del bebé.

### **1.4. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA**

La población diana de este programa son las mujeres embarazadas y acompañantes que sientan inquietud sobre la DPP. No son necesarios

conocimientos, factores de riesgo, ni experiencias previas.

Este proyecto se llevará a cabo en un Centro de Salud de Salud urbano en la ciudad de Valladolid, en colaboración con la matrona del centro. No será necesario que los participantes pertenezcan a dicho centro de salud, ampliando así la captación de participantes debido a la demografía de la ciudad de Valladolid, la cual nos muestra una población mayoritariamente envejecida.

Se seleccionarán las 30 primeras mujeres (con máximo dos acompañantes cada una) que se inscriban a través del póster elaborado para este programa (*ANEXO 3*), el cual contiene la información necesaria sobre los requisitos, cómo inscribirse, lugar de desarrollo, material y acompañamiento, también cuenta con un teléfono de contacto para más información y realizar la inscripción.

El póster se colocará en diferentes centros de salud y tiendas de la ciudad en las que sea permitido.

- Criterios de inclusión:

- Ser una mujer embarazada, familiar o amigo de la misma.
- Comprender y hablar castellano.
- Residir en la provincia de Valladolid.
- Tener motivación e interés por el tema.
- Tener intención de participar e interactuar con el grupo durante las sesiones.

- Criterios de exclusión:

- Tener diagnóstico previo de depresión.
- No cumplir las normas de respeto y relación en el grupo.
- Padecer problemas de audición.
- No tener acceso a dispositivos electrónicos.

## **1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

Los objetivos se formulan posteriores al análisis y descripción de la población diana ya que dependerán de la población a la cual se dirija el programa.

### **1.5.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

- Prevenir la depresión posparto en mujeres puérperas, a través de la Educación para la Salud (EpS) durante el embarazo con participación de pareja, familia y/o amigos.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Informar a las mujeres embarazadas y acompañantes sobre qué es la DPP y factores de riesgo.
- Adquirir habilidades para la detección precoz de la enfermedad.
- Proporcionar técnicas para la prevención de la DPP.
- Promocionar la implicación de la pareja, familia y/o amigos en la prevención de la DPP.
- Proporcionar herramientas de ayuda en la autoestima, expresión de sentimientos y relajación.

## **1.6. SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA EDUCATIVA**

Para el desarrollo de este Programa de Educación para la Salud se utilizarán diferentes actividades y metodologías de aprendizaje con la finalidad de conseguir los objetivos previamente establecidos.

El programa aceptará como participantes a un máximo de 30 mujeres embarazadas, cada una con un máximo de dos acompañantes. Con el objetivo de favorecer la dinámica participativa de las sesiones, se dividirán en dos grupos, cada uno formado por 15 mujeres embarazadas y sus acompañantes. La distribución se realizará por orden alfabético. De esta forma, se impartirán las

mismas sesiones en diferentes fechas para cada grupo de participantes.

En las sesiones 1 y 2 se recurre a la metodología pasiva mayormente, con esto se procura proporcionar a los participantes toda la información necesaria acerca del tema a tratar. Con técnicas como “la charla” y “la clase” se educa a los asistentes sobre la base teórica tratando de captar su atención utilizando recursos audiovisuales durante la explicación, evitando una entonación monótona durante el discurso utilizando diferentes tonos de voz e incentivando la participación de los asistentes durante la ronda de preguntas.

Sin embargo, también se introduce la metodología activa en forma de “tormenta de ideas” correspondiente a la sesión 2. Durante esta actividad se estimula a los asistentes a participar e interactuar con el grupo a la vez que reflexionan sobre el tema a tratar. Para conseguir la máxima calidad de la técnica se requiere organizar el turno de palabra con el objetivo de evitar puestas en común simultáneas entre los diferentes miembros del grupo, otra parte importante durante la actividad es mantener un ambiente de educación y respeto ante todas las opiniones que se exponen y no calificar ninguna reflexión como “buena” o “mala”, simplemente como diferentes puntos de vista.

En sesiones posteriores, tras haber tratado la parte teórica del tema, se realizan técnicas dentro de la metodología activa de aprendizaje.

Una de ellas es “el caso”, esta actividad utilizada en la sesión 3 del programa se encuentra dentro del grupo de técnicas de análisis. Para realizarla es necesario disponer de casos y preguntas redactadas por la organizadora de la actividad.

Durante la lectura de los casos es importante mantener un ambiente de silencio y comprensión. Una vez realizada la lectura detenida del caso comienza la fase de resolución de las preguntas por grupos, para la cual se explica el valor del respeto ante todas las opiniones y la importancia de considerar diferentes puntos de vista para poder llegar a un consenso.

Las encargadas de la sesión serán las responsables de coordinar la fase de discusión proporcionando el turno de palabra a cada persona, con el objetivo de

conseguir una participación ordenada.

En el caso del desarrollo de la actividad “proposiciones de NISBET”, sesión 4, se utilizarán proposiciones relacionadas con la importancia de la implicación del núcleo familiar en la prevención de la DPP. Para que esta actividad se desarrolle con orden y respeto se debe insistir en que las respuestas de la mujer no son las correctas ni las de la familia incorrectas, son diferentes puntos de vista necesarios de considerar por ambas partes para mejorar la implicación de familia y amigos en la prevención de la DPP.

Para las técnicas finales de relajación, la base será la calma, mantener el silencio en todo momento hasta que se indique lo contrario y la implicación individual en la actividad.

Al finalizar la última sesión del programa se enviará por correo electrónico un cuestionario de evaluación a cada uno de los asistentes, con un máximo de una semana para completarlo. El objetivo de este cuestionario es evaluar la eficacia del programa a través de los conocimientos adquiridos de los asistentes.

Por otro lado, se enviará un cuestionario de satisfacción que, a diferencia de la evaluación, pretende conocer el grado de satisfacción de los participantes con la metodología seguida durante las sesiones.

Ambos cuestionarios serán realizados por la enfermera organizadora del Programa, estando estos elaborados a través de la búsqueda de cuestionarios similares y en el propio desarrollo del programa.

**SESIÓN 1:** Acudirán al Centro de Salud la mitad de las participantes seleccionadas por orden alfabético el día 27 de febrero a las 16:00. Las quince participantes restantes acudirán el 29 de febrero a la misma hora.

Objetivo: informar a las mujeres embarazadas y acompañantes sobre qué es la DPP y factores de riesgo.

Técnica: método directo, la charla.

Metodología: los participantes se reunirán en la sala de reuniones y durante 45 minutos la enfermera responsable del programa y la matrona colaboradora explicarán qué es la depresión posparto y sus factores de riesgo utilizando un Power Point de apoyo. Una vez haya finalizado la explicación se llevará a cabo una discusión entre los participantes sobre los temas tratados y se responderán las preguntas que surjan durante la sesión.

Durante la discusión se utilizará una pelota como símbolo de “turno de palabra”, esta se pasará de asistente a asistente. Cada participante expondrá sus conclusiones individuales acerca de todo lo tratado durante la charla. Es necesario que todas las mujeres y acompañantes participen durante la discusión en la medida que ellos consideren.

Para el turno de preguntas, aquellos asistentes que deseen preguntar deberán alzar la mano y esperar a que la enfermera y/o matrona les den paso a hablar. No es necesaria la participación de todos los ellos en esta parte.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de Salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 1 hora y cuarto de la cual 45 minutos están destinados a la explicación y la siguiente media hora a la discusión y preguntas.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: proyector, pantalla, power point y elemento lúdico.

**SESIÓN 2:** Acudirán al Centro de Salud la mitad de los participantes seleccionados por orden alfabético el día 5 de marzo a las 16:00. Los quince participantes restantes acudirán el 7 de marzo a la misma hora.

Objetivo: adquirir habilidades para la detección precoz de la enfermedad.

Técnica 1: método directo, tormenta de ideas.

Metodología: al inicio de la sesión se indicará a los participantes que compartan en voz alta los síntomas característicos de la DPP según sus conocimientos. La enfermera responsable y matrona irán lanzando la pelota a los diferentes asistentes, estos expondrán su opinión que será apuntada y proyectada en la pantalla, con la finalidad de visualizar todas las palabras e ideas del grupo al final de la actividad.

Lugar: sala de polivalente perteneciente al Centro de Salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 10 minutos.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: elemento lúdico, pantalla, proyector y ordenador.

Técnica 2: método directo, la clase.

Metodología: tras haber dedicado los primeros minutos de la sesión a la lluvia de ideas llega el momento de explicar la sintomatología de la DPP. Se llevará a cabo por la enfermera y matrona con apoyo de una presentación power point. Al finalizar la clase se responderán todas las preguntas que surjan y se hará una comparación de la sintomatología explicada durante la clase y la expuesta durante la tormenta de ideas.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de Salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 40 minutos.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: proyector, pantalla y presentación power point.

**SESIÓN 3:** Acudirán al Centro de Salud la mitad de los participantes seleccionados por orden alfabético el día 12 de marzo a las 16:00. Los quince participantes restantes acudirán el 14 de marzo a la misma hora.

Objetivo: proporcionar técnicas para la prevención de la DPP.

Técnica: método directo, técnica de análisis, el caso.

Metodología: para esta técnica se dividirán a los participantes en grupos de tres o cuatro personas. La herramienta base de la actividad serán tres casos escritos por la enfermera encargada del programa (ANEXO 4). Cada texto se basará en técnicas para la prevención de la DPP. (16) Tras realizar la lectura del caso se lanzarán una serie de preguntas (ANEXO 4) a todos los participantes, tanto las preguntas como el caso estarán proyectados en la pantalla para poder consultarlos en todo momento. El siguiente paso será dar una única respuesta a cada una de las cuestiones, consensuada entre todos los miembros del grupo, para esto se dará un tiempo aproximado de 5 minutos. Una vez pasado el tiempo de respuesta, la enfermera responsable y matrona darán la palabra a cada uno de los grupos, que a través del portador expondrán las respuestas elegidas. Todas las reflexiones se apuntarán y proyectarán para que más tarde, tras haber puesto en común todas las respuestas, se proceda a la discusión del caso entre todos los participantes. Las encargadas de la sesión organizarán el turno de palabra. Una vez finalizada la discusión se expondrán al grupo las técnicas de prevención sobre las que se basa cada caso.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 1 hora y media.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: proyector, pantalla, papel y lápiz y/o bolígrafo.

**SESIÓN 4:** Acudirán al Centro de Salud la mitad de los participantes seleccionados por orden alfabético el día 19 de marzo a las 16:00. Los quince participantes restantes acudirán el 21 de marzo a la misma hora.

Objetivo: promocionar la implicación de la pareja, familia y/o amigos en la prevención de la DPP.

Técnica: método directo, técnica de grupo, proposiciones de NISBET.

Metodología: para esta actividad cada persona participará de forma individual. Se hará entrega de una hoja con diez proposiciones de NISBET, es decir frases incompletas las cuales tendrán que completar según sus creencias y/o conocimientos (ANEXO 5). Estas proposiciones tendrán un planteamiento diferente para embarazadas y acompañantes, para ellas estarán centradas en sus necesidades y en el caso de los acompañantes se enfocarán hacia cómo creen que podrían aportar ayuda. Se dará un tiempo de 10 minutos para completar todas las proposiciones y una vez haya finalizado se pondrán en común cada una de las frases. Para poner los resultados en común las organizadoras darán la palabra a cada persona individualmente, cuando un grupo de mujer embarazada y sus acompañantes hayan hablado será el momento de las conclusiones. Esa dinámica se extiende a cada uno de los grupos.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 1 hora.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: papel, lápiz y/o boli.

**SESIÓN 5:** Acudirán al Centro de Salud la mitad de los participantes seleccionados por orden alfabético el día 26 de marzo a las 16:00. Los quince participantes restantes acudirán el 28 de marzo a la misma hora.

Objetivo: proporcionar herramientas de ayuda en la autoestima, expresión de sentimientos y relajación.

Técnica 1: método directo, técnica de grupo, clase práctica

Metodología: para esta actividad se utilizarán los 6 pilares de la autoestima descritos por Branden (17). (ANEXO 6)

Los participantes se tumbarán en sus respectivas esterillas con los ojos cerrados, se incluirá música ambiental para favorecer la relajación y comenzará la actividad. Tanto la organizadora como la matrona leerán por turnos los pilares de Branden y su definición, deteniéndose en cada uno de ellos. Los asistentes deberán reflexionar en silencio y de forma individual sobre cada uno de ellos, para esto se dejará un tiempo máximo de 3 minutos por cada pilar.

Al final de la actividad se repartirán unos folletos sobre los 6 pilares de Branden a cada asistente. (ANEXO 7)

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes

Tiempo: 30 minutos.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: esterillas, equipo de música y folletos informativos.

Técnica 2: método directo, técnica de grupo, clase práctica

Metodología: se indicará previamente la importancia de llevar ropa cómoda al igual que una esterilla por persona.

Se llevará a cabo la técnica de relajación progresiva de Jacobson (18). Esta será explicada y realizada por las organizadoras del programa al mismo tiempo que los participantes.

En primer lugar, los asistentes se colocarán con las piernas cruzadas y espalda recta sobre la esterilla. Se realizarán respiraciones lentas y profundas manteniendo los ojos cerrados. Durante las respiraciones se indicará la importancia de prestar atención a la respiración y sensaciones corporales.

La primera indicación será tensar el puño derecho durante 7/8 segundos

prestando atención a la sensación de tensión, después se relajará la mano.

Este procedimiento se llevará a cabo con ambas manos, hombros, pies, piernas, cuello, cabeza y cara.

Durante toda la actividad se utilizará música ambiental.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes

Tiempo: 30 minutos

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: esterillas y equipo de música.

### **Evaluación:**

Metodología: al finalizar la sesión 5, al ser la última del programa, se enviarán formularios a los dispositivos electrónicos de los participantes. Las respuestas serán anónimas e individuales. (ANEXO 8). El cuestionario contará con 9 preguntas, de las cuales todas son obligatorias excepto las relativas específicamente con la mujer embarazada o acompañantes. Las opciones son multirrespuesta, basándose en la escala de Likert: siendo 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

Este cuestionario se podrá responder y enviar con un margen de una semana.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes.

Tiempo: 1 semana para cumplimentación.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: dispositivo electrónico.

### **Encuesta de satisfacción:**

Metodología: tras enviar la evaluación se proporcionará también un formulario dedicado a la encuesta de satisfacción (ANEXO 9). Será igualmente anónimo, individual y utilizará el mismo sistema de puntuación.

La encuesta contará con 14 preguntas de respuesta obligatoria y tras cada una de ellas se encuentra la opción de dar recomendaciones y/o sugerencias.

Este cuestionario se podrá responder y enviar con un margen de una semana.

Lugar: sala polivalente perteneciente al Centro de salud.

Participantes: 15 participantes

Tiempo: 1 semana para cumplimentación.

Recursos humanos: enfermera encargada del programa y matrona del centro.

Recursos materiales: dispositivo electrónico.

### **1.7. INTEGRACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS**

Este programa se podría adaptar al ámbito de la salud con el objetivo de reforzar los conocimientos sobre la DPP en el personal sanitario, de tal forma que aumente el número de profesionales implicados en el diagnóstico precoz de la DPP.

En el caso de entornos educativos, como institutos de secundaria, sería interesante la educación sobre la DPP para ayudar a que los conocimientos se trasladen del alumno a la familia o incluso que el propio alumno llevase a la práctica lo aprendido si la situación lo requiriese.

Otro campo donde aplicar este programa supondría numerosos beneficios son las asociaciones de mujeres.

## 1.8. EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA

Este programa se llevará a cabo a lo largo de 5 sesiones durante el año 2025.

Previamente a comenzar con el programa se contacta con el Centro de Salud, con la finalidad de informar sobre la intención de realizar un programa EpS sobre la DPP y así conseguir la autorización necesaria. Una vez se consiga dicha autorización, el siguiente paso será hablar con la matrona del centro de salud proponiéndole su colaboración en el programa.

Cronograma:

*Tabla 1. Cronograma de las sesiones del Programa EpS. Fuente: elaboración propia.*

SESIONES	DURACIÓN	FECHA INICIO	FECHA FINAL
Sesión 1	1 hora y 15 minutos	27 febrero	29 febrero
Sesión 2	50 minutos	5 marzo	7 marzo
Sesión 3	1 hora y 30 minutos	12 marzo	14 marzo
Sesión 4	1 hora	19 marzo	21 marzo
Sesión 5	1 hora	26 marzo	28 marzo

## 1.9. EVALUACIÓN

Al finalizar la sesión 5 del programa se informará a los participantes que disponen a partir de ese momento de un cuestionario de evaluación y otro de satisfacción, ambos enviados vía correo electrónico.

Tienen un tiempo máximo de una semana para rellenar ambos formularios.

### **Cuestionario de evaluación:**

Los resultados esperados al finalizar el programa son un aumento de los conocimientos sobre la DPP, factores de riesgo, sintomatología y prevención. También se espera una disminución del estigma entorno a los trastornos mentales, aumento de la capacidad de autoanálisis emocional, control del estrés, expresión de sentimientos y necesidades, e impulsar la implicación del núcleo más cercano a la mujer embarazada en cuanto al cuidado de su salud mental durante y después del embarazo.

### **Encuesta de satisfacción:**

El programa está diseñado con el objetivo de que todos los asistentes se sientan cómodos, participen sin miedo a ser juzgados y las discusiones se lleven a cabo de forma educada respetando diferentes puntos de vista.

Muchas de las actividades del programa se realizarán de forma grupal, esto se ve como algo beneficioso ya que, los participantes tienen la oportunidad de dialogar con el grupo sobre el tema a tratar, exponiendo su opinión y escuchando la del resto. En ocasiones, tras escuchar una o varias opiniones diferentes, las personas reflexionan sobre su propio punto de vista, planteándose así un abanico de posibilidades más amplio.

Por otro lado, trabajar en grupo es una dificultad en sí misma. Llegar a un consenso con personas diferentes y puntos de vista opuestos puede ser complicado o incluso terminar en conflicto. Para ello se ha organizado cada una de las actividades de tal forma que el turno de palabra sea ordenado, y tanto la organizadora del programa como la matrona del centro se encargarán de conducir la actividad hacia el respeto y la tolerancia.

## **1.10. CONCLUSIONES**

Al no haber comenzado con la puesta en marcha del Programa, las conclusiones están basadas en la reflexión procedente de su elaboración.

Actualmente vivimos en la era de la información, en la que todo está al alcance

de un “click”, nuestras inquietudes acaban en el buscador de Google o incluso, en ocasiones, creemos conocer ciertas respuestas por: “lo que he escuchado en las redes sociales”. Esto es un gran peligro en el ámbito de la salud, ya que ningún buscador tiene la capacidad de superar a un profesional sanitario.

El término “salud mental” es algo que se escucha en repetidas ocasiones en los medios de comunicación y en las redes sociales, sin embargo, la creciente exposición y visibilidad que está obteniendo este campo no implica la ausencia de estigma social alrededor de la enfermedad mental.

Muchos hemos escuchado, o incluso pensado, cosas como esta sobre alguien que refería mala salud mental: “lo que tiene es cuentitis”. La salud mental no ha llegado a ocupar la posición que debería en la conciencia social y, por lo tanto, de igual forma al hablar de la DPP.

La mujer sufre inmensos cambios durante el embarazo y posparto: cambios hormonales, de rol y físicos entre otros. Todo esto hace que entre en un periodo delicado emocional y mentalmente. Es importante entender que, tras el parto la mujer puede no sentir la felicidad que “se espera”, puede que no sepa encajar los múltiples cambios que llegan de golpe, o que se sienta la única responsable de la vida de ese bebé. Es fundamental que todos los familiares y amigos que llegan para contemplar al nuevo miembro de la familia dediquen parte de ese tiempo a comprobar el estado de la mujer que ha traído esa vida al mundo, que atiendan sus necesidades como si fuesen las del recién nacido, conozcan los síntomas de una DPP y observen su estado durante los días siguientes al parto porque, en muchas ocasiones la fragilidad no sólo se encuentra en el bebé.

Tras la búsqueda de información sobre el tema y la elaboración del programa he afianzado mi opinión sobre la importancia de: la implicación del personal sanitario en la educación, las consecuencias que supone una DPP, la eliminación del gran estigma ante la enfermedad mental que a su vez se relaciona con el infra diagnóstico de la patología y el aumento de conocimientos en beneficio de la prevención y diagnóstico.

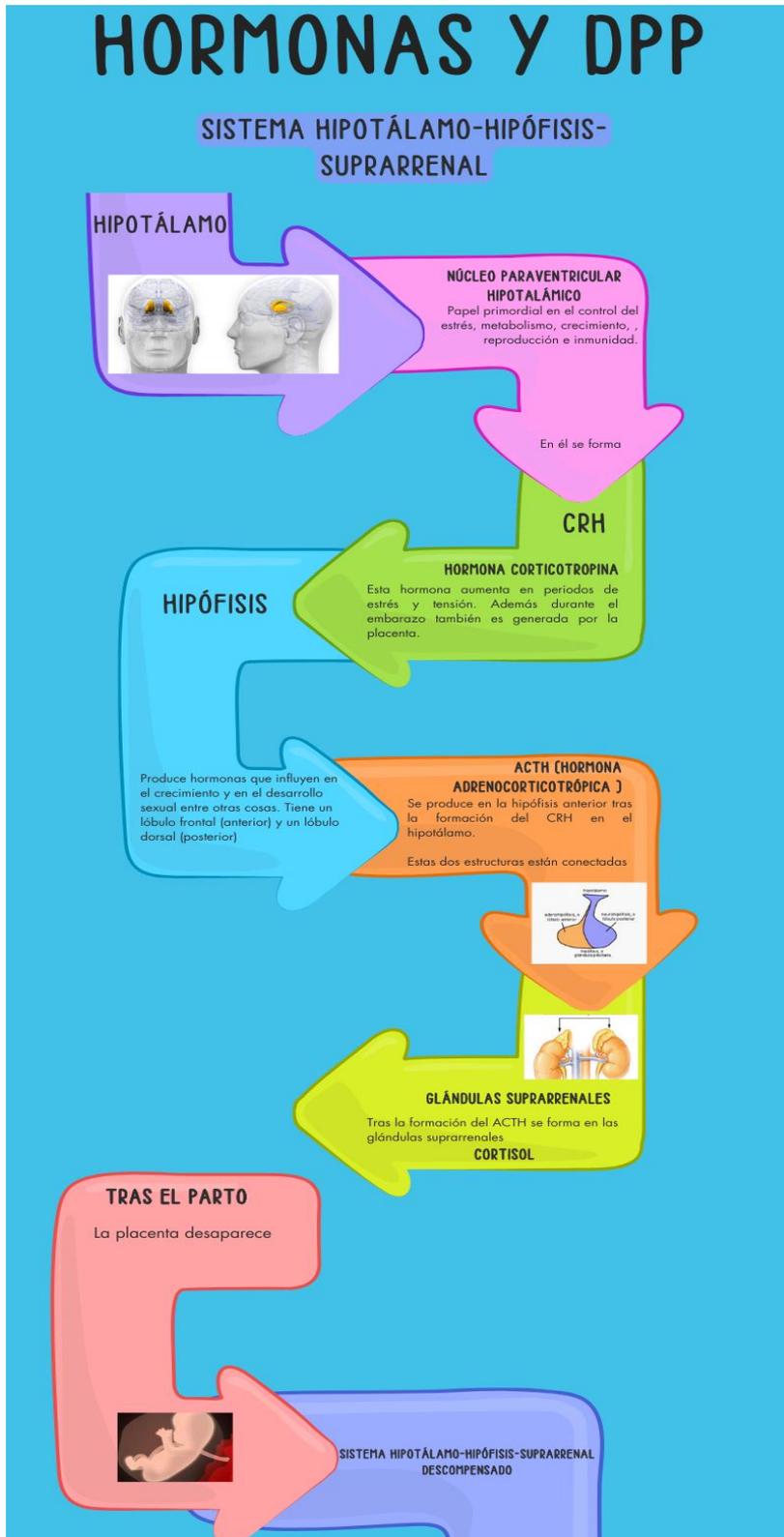
## 2. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fernandes Moll M, Matos A, Borges GB, Ventura CAA, Bernardinelli FCP, Martins T da S. Ocurrencia y factores asociados a la depresión posparto en el área urbana de Brasil. *Enferm Glob* [Internet]. 2023 [citado el 20 de enero de 2024];22(1):134–66. Disponible: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412023000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100005)
- 2- Rodríguez L, Mendoza E, Pérez G. Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salud y Bienestar* [Internet]. 2023 [citado 20 de enero de 2024];7(1):35-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/#fn1>
- 3- Yim IS, Glynn LM, Dunkel Schetter C, Hobel CJ, Chiciz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado el 20 de enero de 2024];66(2):162. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210221>
- 4- Bao, A.-M., Meynen, G. y Swaab, DF (2008). El sistema de estrés en la depresión y la neurodegeneración: centrándose en el hipotálamo humano. *Reseñas de investigaciones sobre el cerebro*, 57 (2), 531–553. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.04.005>
- 5- Indd C-04-09. Manual de bases biológicas del comportamiento humano [Internet]. Edu.uy. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/10/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano.pdf#page=153>
- 6- Baby blues y depresión posparto ¿son lo mismo? (s/f). <https://www.clinicalascondes.cl>. Recuperado el 19 de febrero de 2024, de <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Psiquiatria-Adultos/baby-blues>
- 7- Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salud y Bienestar* [Internet]. 2023 [citado 19 de febrero de 2024];6(1):50-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
- 8- Manuel OC, Teresa LB, González-Pacheco I, Sara MC. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal [Internet]. Medigraphic.com. 2008 [citado el 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip083d.pdf>
- 9- Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chil* [Internet]. 2008 [citado el 19 de marzo de 2024];136(7):851–8. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 10- Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la

- depresión posparto. Rev.méd.sinerg [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 13 de marzo de 2024];4(6):90-9. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248>
- 11- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.<sup>a</sup> ed., 2.<sup>a</sup> reimp. Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana; 2016. [citado el 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- 12- García M, López P, Rodríguez A. Actualización en depresión posparto. Tiempos de Enfermería y Salud [Internet]. 2023 [citado 19 de mayo de 2024];4(2):45-60. Disponible en: <https://www.tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50/38>
- 13- Terrén, CA, Esteve, LG, Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., & Tarragona, MJ (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escalada de depresión posparto de Edimburgo. Medicina clínica, 120 (9), 326–329. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(03\)73692-6](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(03)73692-6)
- 14- Malpartida Ampudia MK. Depresión posparto en atención primaria. Rev.méd.sinerg [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 16 de mayo de 2024];5(2):e355. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
- 15- Mayer L. Depresión posparto (DPP) y consecuencias en el neurodesarrollo del niño: una revisión sistemática. Postpartum depression (PPD) and consequences in the neurodevelopment of the child: a systematic review. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/c398f8a5-a5e9-4160-85d4-d35be9e07193/content>
- 16- Tabla: Prevención de la depresión posparto - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/multimedia/table/prevenci%C3%B3n-de-la-depresi%C3%B3n-posparto>
- 17- Coaching Camp. Los 6 Pilares de Nathaniel Branden para Elevar la Autoestima [Internet]. Coaching Camp. 2019 [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.coachingcamp.es/coaching-personal/pilares-elevar-autoestima/>
- 18- Es ¿qué. RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON [Internet]. Ual.es. [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf>

### 3. ANEXOS

#### ANEXO 1:



## ANEXO 2:

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

### ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- |   |  |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i><br>tanto como siempre<br>no tanto ahora<br>mucho menos ahora<br>no, nada                              | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br>sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre<br>no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br>no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i><br>tanto como siempre<br>menos que antes<br>mucho menos que antes<br>casi nada   | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca   |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca  |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i><br>no, nunca<br>casi nunca<br>sí, a veces<br>sí, con mucha frecuencia   | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>sólo ocasionalmente<br>no, nunca   |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i><br>sí, bastante<br>sí, a veces<br>no, no mucho<br>no, nunca   | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i><br>sí, bastante a menudo<br>a veces<br>casi nunca<br>nunca   |

## ANEXO 3:

**¿Y SI HABLAMOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO?**



**¿Estas embarazada?  
¿Tu pareja, familiar o amiga lo está?  
¿Quieres saber más sobre esto?**

En el centro de salud X de Valladolid, te explicaremos en diferentes sesiones qué es la depresión posparto, técnicas para la prevención y los síntomas más comunes.

**ACTIVIDADES:**

- 01** Sesiones explicativas
- 02** Debates
- 03** Actividades en grupo
- 04** Técnicas de relajación



Máximo dos acompañantes por asistente  
Sesiones de máximo 30 personas  
Lápiz, boli y acceso a internet

**Para más información o inscripción llama al 000 00 00 00**

## **ANEXO 4:**

### Caso 1:

*Basado en descansar tanto como sea posible, no intentar hacerlo todo y pedir ayuda a los miembros de la familia y amigos.*

Padres primerizos de 26 años la madre y 28 el padre. Hace 5 días que volvieron del hospital tras dar a luz, ambos se encuentran en un momento feliz a nivel de pareja y familiar.

El padre trabaja de lunes a viernes durante la mañana de 9:00 a 13:30 y durante la tarde de 15:00 a 18:00. Por otro lado, la madre del bebé se queda en casa con el recién nacido.

Durante las noches tienen muchos problemas para conciliar el sueño debido al recién nacido, el cual está constantemente llorando. La madre se ocupa la mayor parte de las veces de levantarse y coger al niño ya que el padre va al trabajo a la mañana siguiente.

Por las mañanas, después del desayuno él se va a trabajar y ella se queda en casa con el bebé, aprovecha los momentos en los que se duerme para hacer las tareas de casa y la comida para días siguientes.

Cuando él llega a la hora de comer está todo preparado, una vez que han comido recogen la mesa entre los dos y por la tarde es ella quien se encarga de fregar y del bebé, aprovecha las tardes para invitar a amigos y familiares a casa y así mantener el contacto.

Llega la noche y vuelve a haber problemas para conciliar el sueño.

- ¿Es posible prolongar esta forma de organización en el tiempo manteniendo la salud física y mental en ambos?
- ¿Hay algún momento en el que ella se pueda dedicar a descansar durante el día?

- ¿Qué tareas u obligaciones de los mencionados están por encima del descanso?

### Caso 2:

*Relacionado con ducharse y arreglarse cada día y salir de casa con frecuencia.*

Madre soltera de 30 años que ha conseguido quedarse embarazada gracias a la inseminación artificial. Madre de una niña de un año.

Ella trabaja como profesora de un colegio, trabajo que la satisface. Mientras se encuentra en su puesto laboral la niña pasa tiempo con sus abuelos, ya que viven en la misma ciudad y siempre están dispuestos a encargarse de su nieta durante esas horas.

Una vez terminada la jornada laboral, la madre pasa por el supermercado y recoge a su hija. Al llegar a casa coloca la compra, come, recoge y comienza con las labores de la casa. Más tarde salen a dar un paseo y al parque, al volver a casa la niña cena y se duerme, ella aprovecha para corregir exámenes, preparar clases y después de esto cena y se va a la cama. Esta es su rutina desde hace un año. No asiste a planes con amigos ya que se tiene que quedar en casa con su hija o bien debe hacer el trabajo que no ha podido completar antes por cuidar de ella. Tampoco realiza ningún deporte y ha dejado de arreglarse ya que siempre termina manchada de comida o pinturas.

Ella asegura que su hija es lo más importante para ella y que es lo único que importa, todo lo que hace es por ella.

- ¿Crees que cualquier persona está capacitada para ser madre soltera?
- ¿Variar el orden de prioridades en ciertas ocasiones es sinónimo de ser mala madre?
- ¿Te gustaría llevar esa rutina de vida? ¿Por qué?
- ¿Qué modificaciones harías?

### Caso 3:

*Relacionado con pasar tiempo a solas con su pareja.*

Pareja joven de 22 años ambos y padres primerizos de un niño. El bebé ha cumplido 7 meses, durante este tiempo se han encargado de su cuidado ambos por igual y han mantenido la vida social dentro de lo posible gracias a la colaboración entre ambos. Ella está en último año de carrera y él trabaja de lunes a viernes por las mañanas de 8:00 a 13:00 y por las tardes de 15:00 a 18:00. En ocasiones es complicado compaginar la vida laboral, académica, familiar y social, por suerte los padres de ambos son colaboradores y gracias a eso pueden seguir viendo a amigos y familia en ciertas ocasiones, no es demasiado habitual ya que los abuelos siguen teniendo sus trabajos, pero gracias a esta opción pueden continuar con esa parte de sus vidas.

Desde que nació el niño, hace 7 meses, no tienen relaciones sexuales y no han estado a solas en ningún momento desde el nacimiento.

Son felices con su hijo y con su vida social y familiar, sin embargo, hay algo que ha cambiado en la relación de pareja.

- ¿Cómo crees afecta la relación de pareja al cuidado del recién nacido?
- En tu opinión, ¿de qué factores depende la felicidad de los padres tras tener un hijo? ¿y qué factores se hacen más irrelevantes?
- Según este caso, ¿Cómo crees que será la evolución de la pareja?

## **ANEXO 5:**

### Proposiciones mujer embarazada:

- Cuando estoy cansada físicamente necesito...
- Cuando estoy cansada mentalmente necesito...
- Cuando me siento desbordada por la responsabilidad necesito...
- Me cuesta delegar en otras personas actividades como...
- Tras dar a luz me gustaría seguir...
- Para sentirme a gusto como mujer tras el parto necesito...
- Lo que más me preocupa sobre mi vida después del parto es...
- No me siento preparada para...
- No me gustaría dejar de...
- Cuando estoy desmotivada suelo expresarlo...

### Proposiciones acompañantes:

- Cuando está cansada físicamente necesita...
- Cuando está cansada mentalmente necesita...
- Cuando se siente desbordada por la responsabilidad necesita...
- Le cuesta delegar en otras personas actividades como...
- Tras dar a luz le gustaría seguir...
- Para sentirse a gusto como mujer tras el parto necesita...
- Lo que más le preocupa sobre su vida después del parto es...
- No se siente preparada para...
- No le gustaría dejar de...
- Cuando está desmotivada suele expresarlo...

## **ANEXO 6:**

### 1: La práctica de vivir conscientemente:

Vivir de manera consciente quiere decir ser conocedor de tus valores, ideas, creencias, motivaciones y propósitos, y por lo tanto actuar en base a ellos, de forma consciente, sin perder el foco, teniendo en cuenta la responsabilidad de tus actos y las consecuencias que conllevan.

### 2: La práctica de la aceptación de sí mismo/a:

Branden lo explica así: *“Supongamos que he hecho algo que lamento, o de lo cual estoy avergonzado y por lo cual me reprocho. La aceptación de sí mismo no niega la realidad, no afirma que sea en realidad correcto lo que está mal, sino que indaga el contexto en el que se llevó a cabo una acción. Quiere comprender el porqué. Quiere conocer por qué algo que está mal o es inadecuado se consideró deseable o adecuado, o incluso necesario en su momento.”*

### 3: La práctica de la responsabilidad de sí mismo/a:

Se basa en reconocer la propia responsabilidad sobre nuestras vidas. Nuestra felicidad depende en mayor medida de cada uno, cada acción tiene unas consecuencias que dependen del que las realiza.

### 4: La práctica de la autoafirmación:

Significa conocer mis deseos, valores y necesidades, y sobre ellos vivir abiertamente y con autenticidad.

### 5: La práctica de vivir con propósito:

Vivir en base a metas y objetivos claros, encaminando así las decisiones y acciones a su consecución.

### 6: La práctica de la integridad personal:

Establece la moral como una base fundamental en la autoestima. No faltar a la palabra ni al compromiso.

## ANEXO 7:



## ANEXO 8:



### EVALUACIÓN Eps: ¿Y SI HABLAMOS DE LA DPP?

Hemos elaborado este formulario con el objetivo de evaluar todo lo aprendido durante las diferentes sesiones del programa.

Las respuestas son anónimas e individuales.

Esperamos haber podido aumentar vuestros conocimientos sobre la DPP y todo lo que la engloba.

Seguid cuidandoos siempre para poder cuidar a vuestros bebés también.

saraamsierra@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)



No compartido

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. ¿Cómo eran tus conocimientos sobre la DPP antes de comenzar el programa? \*

	1	2	3	4	5	
Muy malos	<input type="radio"/>	Muy buenos				

2. ¿Cambiaron tus primeras ideas sobre la sintomatología de la DPP desde la tormenta de ideas hasta el final de la explicación teórica? \*

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Mucho				

3. ¿Consideras conocer las diferentes técnicas de prevención y cómo llevarlas a cabo? \*

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Sí, perfectamente				

4. ¿Crees que conoces mejor las necesidades de tu pareja/familiar/amiga?

	1	2	3	4	5	
No ha habido cambios	<input type="radio"/>	La conozco mucho mejor en ese aspecto				

5. ¿Crees que tu acompañante conoce mejor tus necesidades?

1 2 3 4 5

No ha habido cambios      Siento que me conoce mejor

6. ¿Crees que conoces mejor tus propias necesidades?

1 2 3 4 5

No ha habido cambios      Siento que me conozco mejor

7. ¿Te ves capaz de controlar tu estrés y nerviosismo utilizando la técnica de relajación de Jacobson? \*

1 2 3 4 5

No, no me va a funcionar      Sí, creo que será de gran ayuda

8. ¿Crees que tras este programa eres capaz de utilizar todo lo aprendido como prevención de la DPP, o en el caso de que ya existiese como diagnóstico precoz? \*

1 2 3 4 5

No me veo capaz      Me veo capaz

9. ¿Estás dispuesta/o a explicar todo lo aprendido a más personas de tu círculo cercano? \*

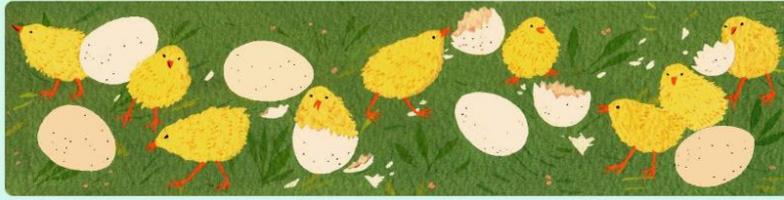
1 2 3 4 5

No creo que tenga el suficiente conocimiento      Sí, creo que puedo aportar sobre este tema

Enviar

Borrar formulario

## ANEXO 9:



### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EpS: ¿Y SI HABLAMOS DE LA DPP?

Hemos llegado al final del programa y queremos saber tu opinión acerca de cada una de las sesiones.

El cuestionario es totalmente anónimo y nos ayuda a seguir aprendiendo para poder enseñar.

Gracias por asistir, os deseamos mucha felicidad para vosotros y para todos esos bebés que están por llegar.

[Iniciar sesión en Google](#) para guardar lo que llevas hecho. [Más información](#)

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. En cuanto a la primera sesión: ¿La teoría sobre la DPP y sus factores de riesgo \* fue clara y adaptada o demasiado técnica impidiendo la comprensión?

	1	2	3	4	5	
Demasiado técnica	<input type="radio"/>	Muy clara y adaptada				

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta

2. ¿Te ayudó la discusión sobre el tema con el resto de participantes tras la explicación teórica? \*

Nada      1      2      3      4      5      Mucho  
              

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta

3. Sobre la tormenta de ideas relativa a la sesión 2: ¿Cómo te sentiste? \*

1      2      3      4      5  
No me sentí cómoda/o                  Me sentí muy cómoda/o

4. Acerca de los casos utilizados durante la sesión 3: ¿Crees que podrían ser casos reales fácilmente? \*

1      2      3      4      5  
No, no los veo realistas                  Sí, podrían ser totalmente reales

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta

5. ¿Te resultó enriquecedor trabajar sobre los casos en grupo, llegando a consenso y escuchando diferentes opiniones? \*

1      2      3      4      5  
Nada                     Muy enriquecedor

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta

6. ¿Te sentiste cómoda/o expresando tu opinión durante la actividad? \*

1 2 3 4 5

Me sentí muy incómoda/o      Me sentí muy cómoda/o

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

7. En cuanto a las proposiciones de NISBET de la sesión 4: ¿Valoras como positiva la reflexión individual sobre necesidades y sentimientos? \*

1 2 3 4 5

Para nada positiva      Muy positiva

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

8. ¿Te pareció importante conocer las respuestas de tu núcleo cercano? \*

1 2 3 4 5

Nada importante      Muy importante

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

9. ¿Te sentiste bien compartiendo tus frases, y por lo tanto, tus necesidades o lo que crees que son las necesidades de tu familiar/amiga/pareja? \*

1 2 3 4 5

Muy mal      Muy bien

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

10. ¿Crees ayudará conocer las necesidades e ideas de tu compañera/o en relación al apoyo durante y después del embarazo? \*

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Mucho				

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

11. Sobre la sesión 5: ¿Crees que los 6 pilares de Branden te pueden ayudar en el día a día? \*

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Mucho				

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

12. ¿Conseguiste relajarte utilizando la técnica de relajación de Jacobson? \*

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Mucho				

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

13. ¿Crees que esta técnica es fácil de aprender y poner en práctica en la vida diaria? \*

	1	2	3	4	5	
Nada sencilla	<input type="radio"/>	Muy sencilla				

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

14. De ahora en adelante, ¿esta técnica será una opción en momentos de estrés y \*  
angustia en el día a día?

No, nunca      1      2      3      4      5      Sí, de forma habitual

¿Qué nos recomendarías?

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Enviar**

Borrar formulario