



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

**Proyecto educativo sobre depresión
postparto con afectación al vínculo
materno-filial.**

Alumno: Yaiza Rubio Céspedes

Director: Alicia Hatshepsut Cunillera Llorente

Madrid, 25 de abril de 2025

“La depresión es una condición médica. Necesitamos crear un mundo donde la gente se sienta tan cómoda buscando cuidado para sus mentes como para sus cuerpos”. Adam Grant

Índice de contenido

3. Glosario de siglas	4
4. Resumen	5
5. Abstract.....	6
6. Presentación.....	7
7. Estado de la cuestión	8
7.1 Embarazo y salud mental.....	9
7.2 La depresión postparto.....	10
7.2.1 Diagnóstico y estadísticas.....	10
7.2.2 Etiología.....	12
7.2.3 DPP paterna	15
7.2.4 Consecuencias materno-infantiles de la depresión.....	16
7.2.5 DPP y vínculo materno.....	17
7.2.6 Tratamiento de la depresión	18
7.3 Abordaje de enfermería multidisciplinar: Actuación enfermera.....	20
8. Justificación	21
9. Población y captación	22
9.1 Población diana	22
9.2 Captación.....	22
10. Objetivos.....	24
10.1 Objetivos generales.....	24
10.2 Objetivos específicos	24
11. Contenidos.....	26
12. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	27
12. 1 Planificación general de las sesiones.....	27
12. 2 Técnicas de trabajo	27
12. 3 Materiales a emplear.....	28
12.4 Sesiones programadas	29
13. Evaluación	36

13.1 Evaluación de la estructura y del proceso	36
13.2 Evaluación de resultados	37
14. Bibliografía.....	40
15. Anexos.....	44
Anexo 1: Escala de Edimburgo	45
Anexo 2: Carta a la dirección del Hospital del Tajo	47
Anexo 3: Folleto informativo sobre el taller para los participantes	48
Anexo 4: Formulario de inscripción al taller	49
Anexo 5: Documento de control de la asistencia.....	50
Anexo 6: Diploma de participación.....	51
Anexo 7: Narración de un escenario.....	52
Anexo 8: Casos hipotéticos para representar	53
Anexo 9: Juego de tarjetas.....	54
Anexo 10: Role-playing	55
Anexo 11: Cuestionario sobre conceptos clave.....	56
Anexo 12: Encuesta anónima rápida	57
Anexo 13: Frases incompletas para rellenar	58
Anexo 14: Cuestionario post-sesión	59
Anexo 15: Cuestionario final taller	60
Anexo 16: Check-list del observador	61
Anexo 17: Autoevaluación con fichas sobre nivel de autocuidado	62
Anexo 18: Evaluación con el semáforo del desempeño.....	63
Anexo 19: Autocrítica final.....	64

Índice de tablas

Tabla 1. Glosario de siglas. Tabla de elaboración propia.	4
Tabla 2. Términos DeCs y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica. Tabla de elaboración propia.	8
Tabla 3. Síntomas grupo A y grupo B para la clasificación de la DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (7).	11
Tabla 4. Distintos factores de riesgos asociados a la DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (1,2,6,7,9,13-15).....	14
Tabla 5. Planificación de las distintas sesiones. Tabla de elaboración propia.	27
Tabla 6. Primera sesión: Introducción a la DPP. Tabla de elaboración propia.	30
Tabla 7. Segunda sesión: Manejo de emociones y estrategias de autocuidado. Tabla de elaboración propia.	31
Tabla 8. Tercera sesión: Fortalecimiento del vínculo materno-filial. Tabla de elaboración propia.	32
Tabla 9. Cuarta sesión: Prevención temprana, señales de alarma y posibilidades de tratamiento. Tabla de elaboración propia.	33
Tabla 10. Quinta sesión: Eliminación del estigma y promoción de actitudes positivas. Tabla de elaboración propia.....	34
Tabla 11. Sexta sesión: Ejercicios y estrategias prácticas. Tabla de elaboración propia.	35

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de los tipos de evolución en mujeres con DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (10).....	10
---	----

3. Glosario de siglas

DPP	Depresión postparto
CIE-10	Décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM-5	Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
LM	Lactancia Materna
HPP	Hemorragia postparto
DPPP	Depresión postparto paterna
TCC	Terapia cognitivo-conductual
ISRS	Inhibidores selectivos recaptación serotonina
IRSN	Inhibidores recaptación serotonina y norepinefrina
VSC	Virtual Safety Coach
EEUU	Estados Unidos
TEC	Terapia electroconvulsiva
EPDS	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
HAMD	Escala de Depresión de Hamilton
HAMA	Escala de Ansiedad de Hamilton
PSQI	Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh
RN	Recién Nacido
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
AP	Atención primaria
PPT	Presentación power point

Tabla 1. Glosario de siglas. Tabla de elaboración propia.

4. Resumen

Introducción: La depresión postparto es una enfermedad de alta prevalencia. Sin embargo, es poco visibilizada y en numerosas ocasiones no recibe la atención ni el tratamiento oportuno, lo que puede generar consecuencias importantes en la madre y el bebé, además de dificultar la construcción de una relación segura en los primeros meses de vida.

La etapa del postparto es considerada una etapa solitaria, y el desconocimiento, la falta de apoyo y la ausencia de herramientas adecuadas, incrementan el sufrimiento.

Como resultado, este proyecto educativo busca ofrecer formación y estrategias que favorezcan el reconocimiento de la depresión postparto, promoviendo el desarrollo de habilidades.

Objetivo general: Mejorar el conocimiento, la afectividad y las habilidades de los padres a través de formaciones teóricas y prácticas a lo largo de distintas sesiones que les sean de utilidad ante la enfermedad.

Metodología: Proyecto educativo dirigido a todos aquellos padres que deseen hacer frente a la depresión postparto.

Implicaciones para la práctica enfermera: La depresión postparto representa una gran oportunidad para enfermería ya que le permite expandir su rol en el cuidado de la salud mental perinatal.

Con una formación adecuada y el desarrollo de herramientas específicas, los enfermeros pueden ser clave en la identificación temprana y en ofrecer apoyo a la madre y su familia. La capacitación en salud mental perinatal permite a los enfermeros mejorar su capacidad para intervenir de forma eficaz, favoreciendo el vínculo y contribuyendo al bienestar emocional de las familias.

Palabras clave: Depresión postparto, salud mental, embarazo, relaciones madre-hijo, cuidados de enfermería.

5. Abstract

Introduction: Postpartum depression is a highly prevalent condition. Due to this, it remains an under-recognized feature and often doesn't receive the necessary attention or appropriate solution. This situation can have significant consequences for both the baby and the mother, as well as make it difficult to establish a safety bond in the first months of life.

Postpartum period is sometimes considered a lonely stage, and the lack of knowledge, support, and adequate resources increases maternal distress.

As a consequence, this educational project has the objective to provide training and strategies that promote the recognition of postpartum depression, promoting the development of skills.

General Objective: To improve parents knowledge, emotional connections, and skills through theoretical and practical training in alternative sessions that will help them cope with or keep the problem away.

Methodology: An educational project is purposed to all parents who wish to address postpartum depression.

Implications for Nursing Practice: Postpartum depression represents a great opportunity for nursing as it allows them to expand their role in perinatal mental health care.

With proper training and the development of specific tools, nurses can be key in the early identification of postpartum depression and in providing support to the mother and her family. Perinatal mental health training enables nurses to enhance their ability to intervene effectively, fostering the bond between mother and child.

Keywords: Postpartum depression, mental health, pregnancy, mother-child relationships, nursing care.

6. Presentación

A lo largo de mi vida, he observado de cerca cómo los trastornos mentales pueden influir en las relaciones. La salud mental determina un papel fundamental en la forma en la que nos relacionamos, y he sido testigo, de cómo esto se agrava cuando se trata de una madre que enfrenta depresión postparto.

En el caso de mi madre, a pesar de su amor y deseo de estar presente, la enfermedad la introdujo en una burbuja emocional que no solo afectó a su bienestar. Recuerdo que viví cómo la tristeza de mi madre influían en mí mientras yo solo trataba de entender lo que sucedía. La unión entre nosotras se vio afectada, y aunque no siempre comprendía la magnitud de lo que estaba viviendo mi madre, me vi forzada a enfrentar mis propios miedos y dudas de cómo acercarme a ella.

Con el paso del tiempo, gracias al apoyo profesional, mi madre pudo recibir la ayuda necesaria, lo que hizo que nuestra relación se reconstruyera. Entendí que el vínculo materno-filial no es un camino fácil ni siempre lineal. A veces, el amor y la conexión se ven desafiados por circunstancias que están fuera de control.

Mi propósito es enviar un mensaje esperanzador, recordando que siempre hay apoyo y caminos hacia la recuperación.

Agradecimientos:

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres por inculcarme los valores que me han servido como brújula a lo largo de este trayecto. He tenido la oportunidad de aprender de quienes, con su ejemplo, me han mostrado el verdadero significado del sacrificio y lucha constante por alcanzar nuestros sueños. Gracias por enseñarme que no hay barreras existentes cuando se lucha con el corazón.

También me gustaría hacer mención a mi pareja. Tu apoyo incondicional y tu amor me han dado la fuerza necesaria para enfrentar cada desafío. Gracias por ser mi refugio y por estar siempre a mi lado. Todo lo que he conseguido también lleva tu huella, este viaje no habría sido el mismo sin ti.

Finalmente, quiero expresar mi agradecimiento a mis profesores, cuya dedicación ha sido fundamental para mi crecimiento personal y académico. En especial, a mi tutora, Alicia Hatshepsut Cunillera Llorente, por su incansable apoyo, paciencia y sabios consejos. Gracias por guiarme en cada paso de este proceso.

7. Estado de la cuestión

En el siguiente apartado, se procederá a explicar los puntos principales sobre los que trata este Trabajo Fin de Grado.

Se empezará concienciando de la importancia de la salud mental en términos generales y el trabajo se enfocará concretamente en su importancia en el embarazo.

En segundo lugar, se presentará la enfermedad, la depresión postparto (DPP). En este capítulo se detallará su significado, se indagará en el impacto que ocasiona y se conocerá su etiología. También se hará una especial referencia a la DPP paterna y se verán las consecuencias materno-fetales. Para terminar se explorará como esta enfermedad mental repercute al vínculo entre la madre y el bebé así como el posible tratamiento.

Y a modo de cierre, se terminará con su abordaje en cuanto a qué profesionales de enfermería están implicados y como puede actuar cada uno para atenuarla.

Para el desarrollo de los anteriores puntos se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) y los descriptores del lenguaje controlado Medical Subject Headings (MeSH), obteniéndose los descriptores que se muestran en la Tabla 2.

Términos DeCs.	Depresión postparto.	Salud mental.	Embarazo.	Vínculo materno-filial.	Cuidados de enfermería.
Términos MeSH.	Depression, postpartum.	Mental health.	Pregnancy.	Mother- child relationships.	Nursing care.

Tabla 2. Términos DeCs y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica. Tabla de elaboración propia.

Estos términos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR” para obtener una búsqueda lo más específica posible.

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos de los que se seleccionó la información fueron:

- Artículos de hace menos de 5 años (salvo algunos que se incluyeron por su relevancia).
- Artículos que incluyeran texto completo.

- Artículos en los que el idioma prioritario fuese inglés.
- Artículos que incluyeran los términos DeCS y MeSH mencionados.

Con el fin de recopilar la mayor cantidad de información posible sobre el tema presentado, se recopilaron fuentes desde septiembre de 2024 hasta marzo de 2025. Las bases de datos científicas que se usaron fueron principalmente PubMed y EBSCO, aunque también se usó Google Scholar y alguna revista de interés. Se realizó una lectura exhaustiva de numerosos artículos y se escogieron los más acordes al trabajo.

7.1 Embarazo y salud mental

La salud mental materna ha sido poco atendida. Aproximadamente, la mitad de las madres gestantes no se sienten cómodas al debatir temas de salud mental. Existen varias barreras para brindar atención clínica. Factores como la vergüenza, el estigma y el miedo a ser etiquetadas como enfermas mentales juegan un papel crucial. Además, los médicos, a menudo no detectan los síntomas depresivos o los consideran insignificantes, lo que resulta en un subdiagnóstico y subtratamiento. Otras madres optan por no buscar ayuda debido a la percepción de falta de tiempo y a la incomodidad que les generaba asistir a citas médicas (1-3).

Los trastornos mentales perinatales impactan significativamente en la salud de las madres e hijos. El aumento en la incidencia de estos trastornos puede deberse a factores sociales como el estrés y uso de redes sociales (4).

La salud mental preconcepcional es crucial para mejorar los resultados tanto en madres como en hijos. Se plantea que los servicios psiquiátricos ofrezcan asesoría preconcepcional y revisen la medicación, además de promover hábitos saludables. Dichos servicios deben ser integrales y personalizados, priorizando terapias basadas en el trauma, además de ser accesibles y basados en evidencia (4).

El momento de máxima vulnerabilidad de una mujer tiene lugar con el parto, ya que los problemas de salud mental postparto pueden ser predictores importantes de trastornos tanto en la madre como en el bebé así como en la vinculación materno-filial (5).

Si ya de por sí es importante tratar a una mujer con depresión, los problemas se agravan con la llegada de un bebé. En concordancia, la atención prenatal es clave para lograr una madre y un niño saludables en el momento del parto y postparto. Es esencial brindar a las mujeres embarazadas el espacio y las herramientas adecuadas para discutir, resolver o aclarar cualquier temor, mito o concepto erróneo que puedan tener sobre el embarazo y parto para así poder prevenir a tiempo esta enfermedad (6).

7.2 La depresión postparto

7.2.1 Diagnóstico y estadísticas

La **DPP** es una condición seria no autolimitada. Consiste en un tipo de depresión que afecta a las mujeres después del parto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) hubo un reemplazo de la palabra posparto por periparto, por ser un término más correcto, aunque se sigue llamando generalmente DPP (7).

Suele manifestarse los primeros seis meses después del nacimiento y puede durar incluso un año o más si no se trata. Se identifica como una de las complicaciones posparto más comunes, con consecuencias significativas (8).

Puede ser particularmente aguda durante el periodo perinatal, afectando la relación madre-hijo y contribuyendo a complicaciones. La depresión en las gestantes se puede dar durante el embarazo (antenatal) o después del parto (postparto) (9).

Es una complicación común, incapacitante y tratable. Investigaciones recientes indican que las pacientes con DPP pueden distribuirse en tres grupos en función de la evolución de la enfermedad: aquellas que se curan gradualmente (50.4 %), las que mejoran parcialmente (41.8%) y las que presentan un estado crónico severo (7.8%), tal y como se muestra en el Gráfico 1 (10).

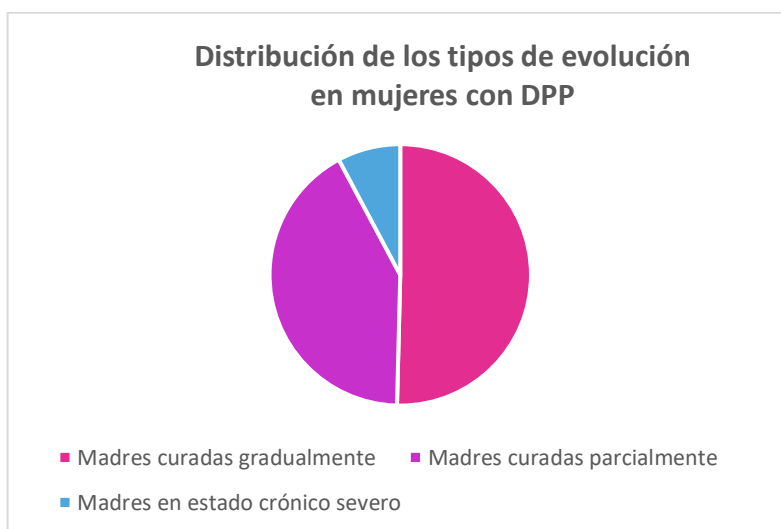


Gráfico 1. Distribución de los tipos de evolución en mujeres con DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (10).

Aunque la mayoría de los síntomas pueden aliviarse en un año, algunas mujeres permanecen deprimidas durante largos períodos, lo que aumenta la incidencia de eventos adversos (10).

La **tristeza postparto** o también conocida como “**Baby Blues**” es una alteración del estado de ánimo que aparece entre los 2 y 4 días postparto. Se suele deber a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Su duración es de 2 a 3 semanas después del alumbramiento. Es limitada y tiene una alta prevalencia, 50-80% (7).

La **psicosis postparto** se utiliza para definir otro grupo de trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, depresión psicótica, y trastorno esquizoafectivo. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno (7).

La tristeza postparto y la psicosis postparto no es lo mismo que DPP. El punto clave para entender la diferencia entre la tristeza postparto y la depresión es que esta primera se considera fisiológica, no patológica y la DPP ya es patológica (7).

Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en cuanto a los criterios diagnósticos para la depresión, se requieren al menos cuatro, seis, u ocho síntomas durante al menos dos semanas para hacer un diagnóstico de depresión (7).

A continuación, en la Tabla 3, se describen los síntomas que permiten clasificar la DPP en leve, moderada o grave.

Síntoma grupo A	Síntoma grupo B
Estado de ánimo depresivo anormal durante la mayor parte del día	Pérdida de autoestima
	Sentimientos de culpa
Anhedonia	Pensamientos suicidas
	Menor concentración
Fatiga	Cambios en la actividad psicomotora
	Alteraciones del sueño y apetito

Tabla 3. Síntomas grupo A y grupo B para la clasificación de la DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (7).

Para el diagnóstico de depresión leve y moderada por lo menos dos características del grupo de síntomas A deben estar presentes (7).

Por el otro lado, para el diagnóstico de depresión severa se requieren cumplir con todas las características del grupo de síntomas A. Los síntomas del grupo B sirven para acompañar, agravando el cuadro (7).

Aunque la CIE-10 sigue siendo válida en algunos contextos, la CIE-11 ya ha sido adoptada y presenta actualizaciones importantes en la clasificación de los trastornos afectivos postnatales. En la CIE-11, la DPP se clasifica más específicamente dentro de los trastornos del estado de ánimo relacionados con el postparto, con un enfoque más preciso en los síntomas característicos, como la tristeza profunda y la fatiga extrema, y se le asignan códigos más detallados que facilitan un diagnóstico y seguimiento más claro.

Algunos biomarcadores que nos pueden servir para detectar la DPP son: niveles altos de oxitocina en mujeres durante el embarazo y el posparto, algunas hormonas del sistema endocrino que desarrollaremos posteriormente, la deficiencia de algunas vitaminas o minerales, o, un bajo índice de omega-3 (2,11,12).

En cuanto a las estadísticas, a nivel mundial, la ansiedad y la depresión son la tercera causa principal de carga de enfermedad en mujeres de 14 a 44 años y es una de las principales causas de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que entre el 15% y el 57% de las mujeres experimentan síntomas de depresión (9).

Aproximadamente el 50% de las madres con DPP no son diagnosticadas y el 75% de ellas no son conscientes de los síntomas. Una de cada 7-10 mujeres experimentará depresión después del parto (1).

7.2.2 Etiología

La DPP es un trastorno multifactorial, lo que significa que no existe una única causa que la explique, sino que resulta de la interacción de varios factores (7).

Posteriormente, en la Tabla 4 se muestran de una forma visual y clara los distintos factores de riesgo asociados con la DPP, dividiéndolos en categorías relevantes tales como sociodemográficos, obstétricos, psicosociales, genéticos, hormonales, de estilo de vida y de lactancia materna (LM) , para de este modo facilitar la comprensión del contenido.

Categoría	Factores de riesgo	Descripción/Explicación
Factores sociodemográficos.	Nivel socioeconómico bajo.	La pobreza y condiciones de vida difíciles pueden aumentar el estrés y la vulnerabilidad emocional.
	Historial previo de depresión u otras enfermedades psiquiátricas.	Las mujeres con antecedentes de problemas de salud mental tienen mayor riesgo de desarrollar DPP.
	Embarazo no deseado.	Los embarazos no planificados pueden generar estrés y sentimientos negativos, afectando a la salud mental.
	Maternidad temprana.	La falta de madurez emocional y social en madres jóvenes aumenta el riesgo de desarrollar trastornos mentales, incluyendo la DPP.
	Estado civil soltera, falta de apoyo familiar, violencia doméstica.	La ausencia de un sistema de apoyo adecuado y la exposición a situaciones de abuso contribuyen a la vulnerabilidad emocional.
Factores obstétricos y ginecológicos.	Abortos previos.	Las experiencias de aborto pueden causar estrés emocional significativo y aumentar el riesgo de DPP.
	Más de dos hijos, más de tres partos, cesáreas, complicaciones durante el parto.	Las complicaciones obstétricas o el tener múltiples partos pueden incrementar el riesgo de DPP debido a factores tanto físicos como emocionales.
	Hemorragia postparto (HPP).	Las mujeres que sufren HPP tienen un riesgo un 10% mayor de desarrollar DPP debido a la carga física y emocional.
Factores psicosociales.	Apoyo durante el parto.	Un buen apoyo durante el parto y la percepción de control pueden reducir el riesgo de DPP.

	Relación con el personal médico.	La interacción positiva con el equipo médico durante el parto pueden influir en la satisfacción y bienestar de la madre.
	Experiencia negativa del parto.	Las mujeres que tienen una experiencia de parto traumática o insatisfactoria tienen mayor riesgo de desarrollar DPP.
Factores genéticos.	Vulnerabilidad genética.	La predisposición genética puede influir en el riesgo de desarrollar DPP, especialmente los genes relacionados con la regulación de serotonina.
Factores hormonales.	Fluctuaciones hormonales (estrógenos, progesterona, tiroidea, 5-hidroxitriptamina).	Las alteraciones hormonales durante el embarazo y el postparto tienen un impacto significativo en el desarrollo de la DPP.
	Síntomas del síndrome premenstrual.	La relación entre la DPP y los síntomas del síndrome premenstrual sugiere que las fluctuaciones hormonales también influyen en este trastorno.
Factores del estilo de vida.	Tabaquismo, nutrición inadecuada, falta de sueño, poca actividad física.	Estos factores de estilo de vida pueden contribuir al estrés físico y emocional, aumentando el riesgo de DPP.
Factores de LM.	Falta de LM exclusiva.	La dificultad para iniciar o mantener la LM puede aumentar el riesgo de DPP y afectar tanto a la madre como al bebé, con implicaciones para la salud del niño.

Tabla 4. Distintos factores de riesgos asociados a la DPP. Tabla de elaboración propia a partir de (1,2,6,7,9,13-15).

7.2.3 DPP paterna

La depresión postparto paterna (DPPP) se define como el trastorno depresivo que ocurre en los padres dentro de los primeros seis meses tras el nacimiento del bebé, pudiéndose extender hasta un año o más si no se trata, de manera similar a lo que ocurre con las madres. Aunque generalmente se asocia más con mujeres debido a factores como el trastorno disfórico premenstrual y la depresión postmenopáusica, los hombres también pueden sufrir esta angustia psicológica. La transición hacia la paternidad es una experiencia estresante que puede impactar a ambos (16).

Algunas investigaciones muestran que alrededor del 10% de los hombres se deprimen durante el primer trimestre del embarazo de su pareja, cifra que aumenta al 26% entre tres y seis meses después del nacimiento. Los padres enfrentan mayores dificultades en el acceso a apoyo y seguimiento, lo que subraya la necesidad de prestar atención a su salud mental también. La angustia masculina se relaciona con factores como insatisfacción en la relación, problemas financieros y estrés psicológico de la madre (16).

La llegada de un bebé implica nuevas responsabilidades, fatiga extrema y, en algunos casos, trauma durante el parto, lo que puede intensificar la sensación de inadecuación como padre. Además, los cambios hormonales en los hombres, como el aumento de estrógeno y prolactina, y la disminución de testosterona, pueden fortalecer el vínculo entre padre e hijo y fomentar una paternidad más activa. Es crucial no olvidar la salud mental de los padres en este contexto (16).

Los padres que recibieron apoyo constante de matronas durante el embarazo y el parto reportaron menores niveles de síntomas depresivos. El apoyo de las enfermeras de salud mental también es crucial para reducir los riesgos de DPPP (16).

Luego, es crucial implementar estrategias universales que incluyan a los padres en los programas de detección y manejo de la DPPP. La participación activa de los padres en las visitas perinatales debería ser promovida a través de campañas inclusivas y enfoques específicos para padres (17).

La DPPP es un problema aún subestimado que requiere mayor atención en los sistemas de salud. Las estrategias universales para el apoyo profesional y social son esenciales para prevenir y tratar esta condición (17).

7.2.4 Consecuencias materno-infantiles de la depresión

Los trastornos mentales perinatales están estrechamente vinculados a un aumento en los riesgos de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Los trastornos psiquiátricos que surgen durante el embarazo o el primer año posparto, no solo afectan a la madre, sino que también tienen repercusiones en el bienestar y desarrollo del niño (4).

En lo que respecta a las consecuencias maternas, el suicidio es una de las principales causas de muerte materna, especialmente aquellas con trastornos mentales graves quienes enfrentan un mayor riesgo de suicidio y autolesiones (4).

Desde el punto de vista obstétrico, las mujeres con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de complicaciones como parto prematuro y preeclampsia, lo cual está influenciado por factores sociales y de salud (4).

Cuando la depresión se inicia, tiende a afectar negativamente la relación con la pareja y otras relaciones sociales. También puede alterar la forma en que la madre cuida al bebé, disminuir su calidad de vida y dificultar que la madre reanude su trabajo (6).

Se enfatiza que el bienestar mental materno durante el embarazo y posparto es crucial para un desarrollo adecuado del niño. Las intervenciones que aborden tanto la salud mental materna como la relación madre-hijo son esenciales para mejorar la salud mental de ambos. Para ello la atención prenatal resulta crucial (18).

En cuanto a las consecuencias infantiles la DPP se asocia con resultados negativos como: bajo peso al nacer, retrasos en el desarrollo, problemas de nutrición y abuso infantil (9).

La depresión perinatal también presenta efectos significativos en el desarrollo de la salud mental de los niños. Se asocia con problemas en la regulación emocional de los niños, inseguridad en el apego y un mayor riesgo de trastornos (18).

Además, la DPP puede afectar el ambiente intrauterino, incrementando los niveles de cortisol materno, lo que podría predisponer al feto a una mayor sensibilidad al estrés y un mayor riesgo de ansiedad o depresión en el futuro. A nivel relacional, la depresión dificulta la capacidad de la madre para responder de forma empática y consistente a las necesidades del bebé, lo cual obstaculiza el desarrollo de un vínculo seguro y afecta tanto la regulación emocional como el comportamiento del niño (18).

La DPPP también es un predictor significativo de dificultades de comportamiento y bajos resultados de desarrollo en los niños. Se ha correlacionado con una falta de disposición para participar en la crianza de los hijos (19).

El impacto de la depresión materna está influenciado por factores como la duración y severidad de los síntomas, así como la situación socioeconómica y la salud mental del padre. Los niños de madres que padecen depresión prolongada o grave, o que se encuentran en entornos socioeconómicos desfavorables, presentan mayor riesgo de padecer problemas emocionales y conductuales (18).

Por ende, es necesario sensibilizar sobre la necesidad de facilitar la detección temprana de la DPP y diseñar una política de salud pública integral para asegurar que se realice una evaluación psicosocial universal (6).

7.2.5 DPP y vínculo materno

Tener un bebé es una experiencia gratificante, pero los primeros meses tras el nacimiento pueden ser todo un desafío, especialmente para las madres que experimentan síntomas depresivos postparto (20).

El contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido (RN), especialmente en bebés prematuros, ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas. En este método, el bebé desnudo, solo con pañal, se coloca sobre el pecho desnudo de la madre. Originalmente, esta técnica se desarrolló como una alternativa a las incubadoras para bebés de bajo peso y prematuros. Este método fortalece el vínculo madre-hijo, reduce el cortisol en la madre y promueve una mejor salud infantil, incluyendo un menor número de infecciones y llanto, y mejorando el sueño y crecimiento. También está asociado con una reducción en el malestar del bebé (20).

Otro factor indispensable para favorecer este vínculo es la LM. Además de sus numerosos beneficios para la salud del bebé, ayuda a fortalecer el vínculo entre madre el hijo y mejora la salud mental materna. La autoeficacia en la LM que hace referencia a la confianza de la madre en su capacidad para amamantar, es un predictor importante del éxito en la LM. Sin embargo, la DPP puede disminuir esta autoeficacia, lo que puede generar dificultades en la LM y afectar la salud tanto de la madre como del bebé (21,22).

Aunque la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan la LM exclusiva hasta los seis meses, solo el 40% de los bebés a nivel mundial son alimentados exclusivamente con leche materna durante el periodo recomendado. Factores como la salud mental de la madre, el apoyo social y las

características sociodemográficas influyen en la LM, por ello es esencial que las madres en riesgo de DPP sean identificadas y se les ofrezca el apoyo adecuado (21,22).

7.2.6 Tratamiento de la depresión

El tratamiento de la DPP es crucial para restaurar el bienestar materno y garantizar un ambiente saludable para el desarrollo infantil. La estrategia terapéutica se basa en un enfoque multidisciplinario que incluye intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales, todas ellas adaptadas a las necesidades individuales de la madre (2).

Las intervenciones psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el mindfulness, son fundamentales en el tratamiento de la DPP ya que alivian los síntomas. De hecho, el mindfulness ha demostrado ser hasta más efectivo que el tratamiento habitual. Además de estas terapias, la actividad física durante el embarazo también tiene un efecto protector sobre la DPP, por ello, se recomienda implementar programas de apoyo para fomentar la actividad física en mujeres embarazadas (3,23).

El tratamiento farmacológico de la DPP incluye inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la paroxetina y sertralina, que son seguros durante la LM. Si los ISRS no son efectivos, se pueden utilizar inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN). En casos graves, se recomienda el uso de brexanolona o zuranolona, aprobados para la DPP. Es importante saber que los antidepresivos no actúan de inmediato, sino que tardan de 2-4 semanas en empezar a hacer efecto y hasta 6-8 semanas hasta alcanzar su máximo beneficio. Se debe explicar lo comentado al inicio de tratamiento ya que es motivo de abandono y recaídas. Si los antidepresivos no funcionan, pueden recurrirse a benzodiazepinas y antipsicóticos. Solo en situaciones críticas, podría ser necesario el ingreso hospitalario (2,10,24).

Otra opción de tratamiento para la DPP es la terapia electroconvulsiva (TEC), que se utiliza cuando los tratamientos más convencionales no resultan efectivos (2).

Gracias a la llegada de las nuevas tecnologías, cada vez van surgiendo más tratamientos. Un ejemplo de ellos, muy prometedor, es el "Virtual Safety Coach" (VSC). Aunque España cada vez está creciendo más en este ámbito, este tratamiento preventivo aún no se ha implementado en nuestro país, pero sí ha empezado en países como Estados Unidos (EEUU) y Canadá. El objetivo principal del VSC es mejorar la comunicación entre sanitarios y padres durante el parto, reduciendo así el riesgo de desarrollo de DPP (25).

La matrona como veremos en el siguiente apartado juega un papel clave en la detección y prevención de la DPP, y debe ser capaz de identificar los síntomas de la DPP durante las visitas prenatales y de control infantil. Se recomienda capacitar a matronas y médicos no psiquiatras en la identificación y manejo de la DPP, para distinguir entre el "baby blues" y la depresión. La detección temprana debe incluir preguntas sobre antecedentes de salud mental, estrés actual y síntomas depresivos (8,23).

Algunas de las escalas utilizadas para la evaluación de la DPP son:

- Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)
- Escala de Depresión de Hamilton (HAMD)
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA)
- Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) (10).

La LM puede considerarse como un tratamiento natural ya que tiene un efecto protector contra la DPP. Se ha demostrado que las intervenciones grupales lideradas por matronas para apoyar la LM no solo mejoran las tasas de LM, sino que también reducen los síntomas de DPP y aumentan la autoeficacia de las madres (9,26).

Es importante que el tratamiento de la DPP no solo se enfoque en la madre, sino también en la relación madre-hijo. Las intervenciones como los programas de terapia madre-bebé y masaje infantil, pueden ayudar a mejorar la sensibilidad materna y mitigar los efectos negativos de la depresión en el desarrollo del niño (24).

Es fundamental priorizar modelos de atención liderados por matronas para las madres con síntomas depresivos moderados, ya que la continuidad del cuidado tiene un impacto positivo en la salud mental de las madres. La fragmentación en la atención puede dificultar la detección temprana de la DPP, y la coherencia en el cuidado ayuda a reducir el estrés y la confusión en las madres, contribuyendo a una mejor experiencia durante el embarazo y postparto (14).

Así mismo, las recomendaciones clave para mejorar la gestión de la DPP incluyen la incorporación de programas educativos en salud, campañas de concienciación en medios de comunicación, la inclusión de la historia familiar durante la primera visita prenatal, y la importancia del apoyo efectivo de los servicios maternos de alta calidad y gratuitos (1).

Las intervenciones conductuales han demostrado ser tan efectivas, o incluso más, que los tratamientos médicos para los síntomas leves a moderados de depresión. Estas intervenciones también son factibles para las madres que prefieren evitar el uso de

medicación promoviendo su bienestar mental y emocional sin los riesgos asociados a los fármacos (27).

Resumiendo lo planteado, la prevención y el tratamiento efectivo de la DPP requieren un enfoque multidisciplinario, que combine intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de apoyo social. Y es crucial que los enfermeros responsables estén capacitados para reconocer los síntomas de la DPP y proporcionar un tratamiento que promueva el bienestar materno e infantil (8).

7.3 Abordaje de enfermería multidisciplinar: Actuación enfermera

El papel de los cuidadores de atención primaria (AP) en la detección y manejo de la DPP es crucial. Se ha observado que las matronas y ginecólogos tienen un mayor sentido de responsabilidad en la detección de la DPP (95% de los ginecólogos y matronas se consideran responsables), en comparación con el 80% de los médicos de cabecera y menos de la mitad de los pediatras (28).

Sin embargo, menos del 20% de estos cuidadores utilizan herramientas de detección estructuradas a pesar de su validación y accesibilidad gratuita. En muchos casos, los pediatras no están capacitados para aplicar herramientas de detección, lo que limita su uso en consultas pediátricas. Además, la falta de tiempo, la baja remuneración y las largas listas de espera son barreras importantes para una intervención eficaz (28).

La colaboración interdisciplinaria, junto con capacitaciones específicas en DPP para los profesionales, es fundamental para mejorar la detección y el tratamiento (28).

Después de evaluar el conocimiento y las habilidades de las matronas en la detección y manejo de la DPP, los resultados mostraron que tenían un conocimiento insuficiente sobre los síntomas y tratamientos. La falta de protocolos específicos se destacó como una barrera con la consiguiente subdiagnóstico significativa. Las mujeres con síntomas moderados o severos eran derivadas a especialistas en etapas más avanzadas, limitando las oportunidades de intervención temprana. Esto subraya la urgencia de proporcionar capacitación adicional a las matronas para asegurar una atención integral y efectiva (29).

Además, se ha demostrado que las enfermeras y matronas se sienten insuficientemente preparadas para manejar casos de DPP. Los profesionales reconocen la importancia de una mejor coordinación con otros especialistas, como psiquiatras y enfermeras especialistas en salud mental, para asegurar un cuidado integral y efectivo (30).

8. Justificación

A pesar de que la salud mental ha ido ganando relevancia en los últimos años, hay pocos estudios que aborden el tratamiento y manejo de la DPP desde la práctica clínica. Se ha dejado en segundo plano la implementación de estrategias educativas y prácticas.

Debido a ello, se plantea la necesidad de realizar un proyecto educativo. En particular, se destaca la integración de estrategias de afrontamiento como la apertura al diálogo sobre la salud mental, técnicas de relajación o mindfulness, y el fortalecimiento de redes de apoyo emocional durante el postparto, enfoques que aún están insuficientemente desarrollados en la literatura actual.

Aunque se ha documentado la importancia del vínculo madre-hijo para el desarrollo emocional del bebé y la recuperación materna, los estudios que integran específicamente la educación y sensibilización como parte del tratamiento o prevención de la DPP son limitados. Por ello, persiste la necesidad de enfoques holísticos que abarquen no solo a la madre, sino también el apoyo familiar y social, ya que estos factores son clave para mejorar significativamente el pronóstico de enfermedad.

En síntesis, este Trabajo fin de grado pretende llenar este vacío al desarrollar un proyecto educativo integral dirigido a madres y padres que promueva una actitud más comprensiva hacia la salud mental en el postparto. El propósito es normalizar los sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad que experimentan muchas madres, apoyándolas para acceder a los tratamientos sin temor al juicio. Incluir a los padres en el proyecto educativo busca fortalecer no solo el vínculo materno-filial, sino también la red de apoyo familiar necesaria.

9. Población y captación

9.1 Población diana

El proyecto está dirigido a las madres puérperas o padres que puedan experimentar DPP y necesitar apoyo para mejorar su bienestar emocional en el período postnatal y/o fortalecer el vínculo materno-filial.

Se incluirán a las madres o padres que se encuentren en el periodo postparto que presentasen síntomas o un diagnóstico de DPP, excluyendo a personas con trastornos psiquiátricos graves previos o, condiciones que impidan la participación activa, como dificultades cognitivas.

Se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental del Hospital del Tajo de Aranjuez. La derivación a este servicio se hará a través de los centros de salud del área correspondiente al Hospital del Tajo, donde la matrona u otro sanitario habrá identificado previamente signos de DPP. Para la detección, una herramienta útil es la Escala de Edimburgo (Anexo 1).

En caso de sospecha, se pondrán en contacto con el médico del centro de salud, quien confirmará el diagnóstico y procederá a la derivación al Centro de Salud Mental para garantizar la mejor atención posible.

9.2 Captación

En primer lugar, se remitirá una carta de presentación a la dirección del Hospital del Tajo (Anexo 2), en la que se expondrán las intenciones y objetivos del proyecto educativo. En dicha carta, se detallará el propósito del programa: brindar apoyo emocional a través de una actividad psicoeducativa a madres puérperas y padres primerizos con el fin de abordar la DPP, fortaleciendo el vínculo materno-filial. Del mismo modo, se solicitará una reunión presencial con la dirección del centro para poder ampliar la información y aclarar cualquier inquietud relacionada con la puesta en marcha del proyecto.

Una vez obtenida la autorización por parte de la dirección del hospital, se procederá a repartir los folletos informativos (Anexo 3) en las consultas de psiquiatría a madres y padres que les pueda ser útil. Estos, proporcionarán una visión detallada de los objetivos y beneficios del proyecto, además del tipo de actividades que se llevarán a cabo durante las sesiones formativas. De esta forma, se asegurará que las familias estén completamente informadas sobre la naturaleza del proyecto antes de decidir su participación.

Finalmente para hacer un control sobre este taller se hará un formulario de inscripción al taller (Anexo 4) y, un documento de control de la asistencia (Anexo 5).

Para lograr que la información sea más accesible y visible, se colocarán los folletos informativos de los que se habló anteriormente, en zonas estratégicas que llamen la atención del Hospital del Tajo como puede ser el hall del hospital o los pasillos. Esta iniciativa contribuirá a concienciar a la comunidad sobre la relevancia del proyecto y motivará la participación de las familias.

10. Objetivos

10.1 Objetivos generales

En este apartado se describen los objetivos generales de este proyecto educativo cuyos participantes son las madres y padres.

Objetivo de salud:

Los participantes dispondrán de herramientas educativas, emocionales y prácticas para gestionar la DPP, promoviendo tanto su bienestar emocional como un vínculo afectivo, seguro y saludable con su bebé.

Objetivo de comportamiento:

Los asistentes superarán correctamente los síntomas de la DPP favoreciendo una relación afectiva y sensible con su bebé que fortalezca el vínculo materno-filial.

10.2 Objetivos específicos

A continuación se describen los distintos objetivos específicos que lograrán las madres y/o padres a la finalización de las distintas sesiones.

Objetivos cognitivos

- Los participantes explicarán lo que es la DPP, cómo se manifiesta, sus síntomas y qué factores pueden desencadenarlas.
- Los asistentes enumerarán las consecuencias individuales que puede tener una DPP no tratada.
- Los participantes anunciarán las consecuencias que puede tener la DPP en su hijo o en el vínculo materno-filial.
- Los participantes describirán los distintos recursos terapéuticos sobre los que disponen para tratar la DPP.
- Los participantes señalarán la importancia de la detección temprana para la DPP.
- Los asistentes detallarán la relevancia de un seguimiento adecuado en la DPP para prevenir complicaciones.
- Los asistentes conocerán la existencia de la depresión posparto en el padre.
- Los participantes relatarán las expectativas sociales sobre la maternidad (como la “madre perfecta”) que pueden contribuir al desarrollo de la DPP.

Objetivos de habilidades

- Los participantes entrenarán estrategias para manejar las emociones intensas asociadas con la DPP que puedan surgir en el puerperio como la tristeza, la ansiedad o el agotamiento.
- Los asistentes practicarán distintas estrategias de autocuidado para prevenir el agotamiento o la exacerbación de la DPP.
- Los participantes realizarán técnicas de vinculación emocional como el método canguro, la LM, o el masaje para bebés.
- Los asistentes efectuarán habilidades para buscar y utilizar redes de apoyo social como una herramienta de bienestar emocional.
- Los asistentes ampliarán habilidades de comunicación asertiva y empática para mejorar la relación de pareja y tener un apoyo óptimo.

Objetivos actitudinales

- Los participantes verbalizarán la importancia de cuidar de su propia salud mental y emocional, para el bienestar individual, de pareja y de su bebé.
- Los participantes adoptarán una actitud activa en la apertura y eliminación del estigma asociado a la DPP.
- Los participantes fomentarán actitudes de apoyo y empatía entre todos ellos para crear un entorno cómodo.
- Los asistentes expresarán un enfoque positivo y esperanzador hacia la superación de la DPP.

11. Contenidos

Los contenidos que se impartirán en las sesiones del taller serán los descritos a continuación.

→ Introducción a la DPP.

- Definición y características.
- Síntomas.
- Factores desencadenantes.
- Consecuencias no tratadas.
- Recursos terapéuticos.
- Detección temprana.
- Definición DPPP.

→ Manejo de emociones y estrategias de autocuidado.

- Estrategias para manejar emociones.
- Autocuidado.
- Vinculación con el bebé.
- Redes de apoyo social.
- Rutinas diarias.
- Comunicación en pareja.

→ Actitudes y reflexiones sobre la DPP.

- Salud mental como prioridad.
- Desmitificación de la DPP.
- Eliminar el estigma.
- Enfoque positivo.
- Impacto de las expectativas sociales sobre la madre.

→ Estrategias prácticas y ejercicios.

- Ejercicios o técnicas de relajación.
- Técnicas de vinculación con el bebé.
- Trabajo en grupo.

12. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

12. 1 Planificación general de las sesiones

Este proyecto educativo se programa en seis sesiones de 1h y 30 minutos cada una, que serán realizadas cada viernes por la tarde el mes de mayo y la primera semana de junio de 2025, de 17:30h a 19:00h. En la Tabla 6 se muestra esta distribución:

	Grupo de tarde (17:30h a 19:00h)
Primera sesión	02/05/2025
Segunda sesión	09/05/2025
Tercera sesión	16/05/2025
Cuarta sesión	23/05/2025
Quinta sesión	30/05/2025
Sexta sesión	06/06/2025

Tabla 5. Planificación de las distintas sesiones. Tabla de elaboración propia.

En cuanto al número de participantes lo ideal será un grupo de 8 a 12 madres o padres como núcleo principal.

Las sesiones se impartirán por dos enfermeras, una matrona, y una especialista en salud mental.

Este taller se impartirá en el centro de Salud Mental del Hospital del Tajo, en la sala para docencia.

12. 2 Técnicas de trabajo

Las técnicas que se van a emplear en las sesiones del taller son:

- **Técnica de iniciación grupal:** se usará el ovillo de lana para: romper la tensión, ver potencialidad del grupo, crear una atmósfera de confianza y buena comunicación y, hablar de sí mismos y de sus opiniones
- **Técnicas de producción grupal:**
 - Métodos o técnicas de “investigación en el aula”: para abordar el área afectiva y cognitiva. Se explorará técnicas como tormenta de ideas, foto-palabra y frases incompletas en el aula.

- Métodos o técnicas expositivas: para abordar el área cognitiva. Se utilizarán técnicas como lección con discusión, charla-coloquio, charla participativa y video con discusión.
 - Métodos o técnicas de análisis: sirven para tratar el área afectiva y cognitiva. Se tratarán técnicas como la exposición de un caso y su discusión y análisis.
 - Métodos o técnicas para el desarrollo de habilidades: estos se verán para trabajar el área de habilidades y capacidades psicomotoras, personales y sociales. Se emplearán simulaciones, juegos y demostraciones prácticas.
- **Técnicas de evaluación**: se estimará si lo realizado por el grupo se ajusta a los objetivos marcados. Para ello se repartirán cuestionarios post-sesión.

12. 3 Materiales a emplear

- Aula de docencia.
- Sillas y mesas.
- Kit de bienvenida con:
 - o Material informativo.
 - o Bolígrafos.
 - o Folios.
 - o Agua.
 - o Snack.
- Ovillo de lana.
- Post-its.
- Proyector.
- Portátil.
- Fotografías para el ejercicio de la foto-palabra.
- Colchonetas o esterillas.
- Muñecos de práctica.
- Materiales o ejercicios impresos para repartir a los participantes en las actividades.

Además de todo esto, se ofrecerá una sala paralela con un espacio adecuado para los padres que traigan a sus bebés pudiéndose dedicar cualquier familiar a su cuidado.

12.4 Sesiones programadas

La temática de las sesiones será:

- Sesión 1: Introducción a la DPP.
- Sesión 2: Manejo de emociones y estrategias de autocuidado.
- Sesión 3: Fortalecimiento del vínculo materno-filial.
- Sesión 4: Prevención temprana, señales de alarma y posibilidades de tratamiento.
- Sesión 5: Eliminación del estigma y promoción de actitudes positivas.
- Sesión 6: Ejercicios y estrategias prácticas.

A continuación en las Tablas 6,7,8,9,10 y 11 se procederá a describir la programación de estas sesiones.

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN A LA DPP.			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Presentación de los participantes y expectativas sobre al taller.	<u>Técnica de investigación en el aula: técnica del ovillo de lana.</u> Un participantes toma un ovillo de lana, se presenta y comenta sus expectativas sobre el taller y se lo pasa a otro, quien hace lo mismo. La idea es que nadie suelte la lana, creando así una conexión visible entre todos, mostrando que están unidos por algo y que no están solos.	Disposición de sillas en círculo y espacio cómodo para hablar.	10 min.
Comprensión de la DPP: definición, síntomas y factores desencadenantes.	<u>Técnica expositiva: lección con discusión.</u> Después de presentar el tema de la DPP, se abrirá un espacio donde los participantes plantearán dudas o reflexiones.	Proyector, portátil y PPT.	25 min.
Descanso de 15 min.			
Identificación de las consecuencias no tratadas en: madre, bebé, vínculo.	<u>Técnica expositiva: charla participativa.</u> Se fomentará una exposición bidireccional incitando a la participación de los asistentes.	Disposición de sillas en círculo y espacio cómodo para hablar.	20 min.
Concienciación sobre la invisibilización DPPP.	<u>Técnica expositiva: debate dirigido</u> Tras una breve descripción del tema por el facilitador, los participantes se dividirán en dos grupos: a favor y en contra. Durante el debate deberán justificar sus puntos de vista con la información presentada previamente. Podrán anotar ideas en post-its.	Post-its y bolígrafos.	15 min.
Cuestionario post-sesión (5 min)			

Tabla 6. Primera sesión: Introducción a la DPP. Tabla de elaboración propia.

SESIÓN 2: MANEJO DE EMOCIONES Y ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Apertura emocional.	<u>Técnica de investigación en el aula: foto-palabra</u> Se mostrarán fotografías sobre distintos sentimientos en una mesa y se indicará a los participantes que seleccionen con la que más identificados se sientan. La idea es fomentar la reflexión y expresión emocional para favorecer la toma de conciencia y comunicación.	Mesas, ambiente cómodo y fotografías.	15 min.
El autocuidado.	<u>Técnica de investigación en el aula: tormenta de ideas</u> Se incitará a la reflexión para fomentar la autonomía en el bienestar emocional.	Ambiente cómodo, sillas en disposición circular.	15 min.
Descanso de 15 min.			
Seguridad emocional.	<u>Técnica expositiva: narración de un escenario</u> A través de esta técnica se conocerá el concepto de seguridad emocional (Anexo 7).	Hoja impresa de la narración del escenario.	25 min.
Rutina diaria: hábitos saludables.	<u>Técnica expositiva: charla- coloquio</u> Se explicará a los participantes una rutina de hábitos saludables mediante una exposición breve y posteriormente se interactuará con el público.	Ambiente cómodo, sillas en disposición circular.	15 min.
Cuestionario post-sesión (5 min)			

Tabla 7. Segunda sesión: Manejo de emociones y estrategias de autocuidado. Tabla de elaboración propia.

SESIÓN 3: FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Técnicas de vinculación: método canguro, técnica LM y masaje infantil.	<u>Técnica para el desarrollo de habilidades: simulaciones</u> Se hará una breve demostración de las técnicas de vinculación a los participantes	Muñecos para las simulaciones y ambiente cómodo.	25 min.
Rol padres: importancia de su papel para el fortalecimiento del vínculo.	<u>Técnica de investigación en el aula: tormenta de ideas</u> Se harán ciertas preguntas y los participantes que quieran podrán responder libremente mostrando su opinión. Se repartirán post-its y bolígrafos para apuntar ideas.	Post-its o folios y bolígrafos.	20 min.
Descanso de 15 min.			
Comunicación en pareja: herramientas.	<u>Técnica de análisis: caso para analizar y tomar decisiones</u> Los participantes leerán los casos sobre problemas en pareja y tendrán que tomar decisiones según consideren (Anexo 8).	Bolígrafos y ficha de casos hipotéticos impresa.	10 min.
Importancia de las redes de apoyo.	<u>Técnica expositiva: video con discusión</u> Con esta técnica los participantes conocerán la relevancia de las redes de apoyo.	Proyector, PPT.	15 min.
Cuestionario post-sesión (5 min)			

Tabla 8. Tercera sesión: Fortalecimiento del vínculo materno-filial. Tabla de elaboración propia.

SESIÓN 4: PREVENCIÓN TEMPRANA, SEÑALES DE ALARMA Y POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO.			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Importancia de una detección temprana.	<u>Técnica expositiva: con apoyo visual y discusión participativa.</u> Se explicará a los participantes la importancia de la prevención ya que actuar a tiempo reduce el impacto y evita consecuencias más graves.	Proyector, portátil y PPT.	15 min.
Reconocimiento señales de alarma.	<u>Técnica de investigación en el aula</u> Se repartirán varias tarjetas y los participantes tendrán que responder con signo típico o señal de alarma (Anexo 9).	Juego de tarjetas impreso.	15 min
Descanso de 15 min.			
Opciones de tratamiento: recursos terapéuticos disponibles.	<u>Técnica expositiva: lección con discusión</u> sobre todo tipo de tratamientos (intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de apoyo social).	Proyector, portátil y vídeo con testimonios de padres.	20 min.
Impacto positivo: beneficios de la detección y tratamientos.	<u>Técnica de investigación en el aula: frases incompletas</u> El objetivo de esta técnica es estimular la reflexión y el análisis sobre lo aprendido.	Hoja impresa con frases incompletas y bolígrafos.	20 min.
Cuestionario post-sesión (5 min)			

Tabla 9. Cuarta sesión: Prevención temprana, señales de alarma y posibilidades de tratamiento. Tabla de elaboración propia.

SESIÓN 5: ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y PROMOCIÓN DE ACTITUDES POSITIVAS			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Desmitificación de la DPP.	<u>Técnica expositiva: conferencia</u> Un psiquiatra especializado en DPP dará su opinión sobre el tema a los participantes.	Recursos humanos.	20 min.
Salud mental: importancia bienestar emocional.	<u>Técnica de investigación en el aula: análisis de noticias</u> Con esta técnica se reflexionará sobre el impacto de la salud mental en la maternidad/paternidad.	Noticias en físico.	15 min.
Descanso de 15 min.			
Eliminación del estigma: normalización DPP y empatía en la comunidad.	<u>Técnica de investigación el aula: tormenta de ideas</u> Se preguntará abiertamente y los participantes que quieran darán su opinión sobre si creen que la DPP o esta o no normalizada en la comunidad. Se repartirán post-its para anotar ideas.	Post-its o folios y bolígrafos.	15 min.
Expectativas sociales: impacto en la maternidad y paternidad.	<u>Técnica expositiva: tráiler de la película "Tully" (31)</u> Con esta técnica se intentará reforzar el estereotipo sobre la maternidad y paternidad.	Proyector, portátil.	20 min.
Cuestionario post-sesión (5 min)			

Tabla 10. Quinta sesión: Eliminación del estigma y promoción de actitudes positivas. Tabla de elaboración propia.

SESIÓN 6: EJERCICIOS Y ESTRATEGIAS PRÁCTICAS			
Temas	Métodos	Recursos	Duración
Técnicas de relajación: mindfulness, y ejercicios de respiración.	<u>Técnica para el desarrollo de habilidades: demostraciones prácticas</u> Los docentes explicarán la técnica de la respiración diafragmática y un ejercicio de mindfulness.	Colchonetas o esterillas y espacio físico en la sala.	25 min.
Autocompasión.	<u>Técnica para el desarrollo de habilidades: habilidades emocionales</u> Se explicará la importancia de la autocompasión a los asistentes y estos apuntarán en un post-it frases que les gustaría decirse a ellas mismas cuando las cosas se compliquen. Se compartirán en alto para motivarse mutuamente.	Post-its.	15 min.
Descanso de 15 min.			
Simulación final.	<u>Técnica de habilidades: simulaciones prácticas</u> Las parejas harán una simulación en la que asumirán roles específicos y actuarán en función de lo aprendido (Anexo 10).	Espacio físico en la sala.	15 min.
Resumen a modo de cierre y despedida.	<u>Técnica expositiva: presentación</u> Se expondrá una presentación PPT con un resumen de todo lo aprendido del taller.	Proyector, PPT.	15 min.
Cuestionario post-taller (5 min)			

Tabla 11. Sexta sesión: Ejercicios y estrategias prácticas. Tabla de elaboración propia.

13. Evaluación

13.1 Evaluación de la estructura y del proceso

Para la realización de este proyecto educativo, se ha valorado meticulosamente los recursos disponibles y se ha planificado cada aspecto de la intervención para asegurar su éxito.

Para empezar, el número de asistentes ha sido definido ingeniosamente para garantizar que cada participante pueda obtener el máximo beneficio de la experiencia. Además, el lugar elegido para impartir el taller (el Hospital del Tajo), es ideal, ya que se encuentra en Aranjuez, lo que les facilita de este modo la asistencia.

Para lograr la captación, se diseñó un folleto informativo (Anexo 3) con el fin de dar a conocer la existencia del taller a la comunidad. De este modo, se buscó despertar el interés y motivar a la inscripción de este.

En cuanto a los educadores, se cuenta con un equipo altamente capacitado, motivado y comprometido con el bienestar de los participantes. Su profesionalismo y disposición garantizan una enseñanza de calidad y un acompañamiento adecuado a lo largo de las sesiones.

Con respecto a la organización del taller, se coordinó con la dirección del Hospital del Tajo, la reserva de una sala apropiada en el Centro de Salud Mental para realizar las sesiones de este (Anexo 2). La organización de las sesiones se dividieron teniendo en cuenta los horarios más convenientes para los padres, con el objetivo de facilitar su participación. La asistencia es totalmente voluntaria, permitiendo que quienes realmente deseen mejorar su salud se comprometan con el proceso. Para llevar un seguimiento, se hará un control de esta asistencia (Anexo 5).

Los contenidos del taller se intentaron elaborar con el mayor nivel de detalle y profundidad posible, garantizando su utilidad y aplicabilidad. Asimismo, se han utilizado distintas técnicas educativas adaptadas a cada temática para optimizar el aprendizaje. En cuanto a los materiales, se ha procurado ofrecer la mejor calidad posible dentro de nuestras capacidades, asegurando así una experiencia enriquecedora para todos los asistentes.

Para concluir, la participación activa de los discentes ha sido un aspecto clave en la planificación del taller. Se pretende conseguir un ambiente de colaboración e intercambio de conocimientos, permitiendo que cada asistente pueda involucrarse plenamente y aprovechar al máximo cada sesión. A la finalización del taller se entregará un diploma a modo de motivación para el cambio (Anexo 6).

13.2 Evaluación de resultados

Para determinar la efectividad de las sesiones y su utilidad para los participantes, se llevará a cabo una evaluación en dos momentos: a corto y a largo plazo.

Evaluación a corto plazo

Con esta valoración se comprobará si se han alcanzado los objetivos específicos dentro de las tres áreas clave de aprendizaje: cognitiva, afectiva y de habilidades.

Área cognitiva

Se analizará el grado de conocimiento adquirido a través de diversas herramientas diseñadas para medir la comprensión de los conceptos impartidos.

Para ello, se utilizarán dinámicas interactivas como:

- Cuestionario sobre conceptos clave (Anexo 11), tras explicar la DPP así como sus síntomas o los factores desencadenantes, donde los participantes del taller reflejarán lo aprendido.
- Encuesta anónima rápida (Anexo 12), antes de hablar sobre la invisibilización de la DPPP, se pasará esta encuesta para valorar conocimientos previos. Después se volverá a pasar tras el debate para ver lo aprendido.
- Frases incompletas para rellenar (Anexo 13), tras hablar sobre los beneficios de la detección de la depresión postparto y de los tratamientos.

En este apartado también se utilizarán técnicas de evaluación como el aprendizaje invertido (se evaluará si los participantes pueden enseñar lo aprendido), la dinámica de pares (en la que cada participante explica a otro algo y recibe retroalimentación) y, la técnica antes-después (se realizará misma técnica antes y después para observar lo asimilado).

Área afectiva

Para medir la percepción y experiencia de los participantes con el taller, se han diseñado instrumentos, tales como:

- Cuestionarios de satisfacción (Anexo 14), tras las primeras cinco sesiones, que permitirán evaluar la impresión inmediata sobre los contenidos y la metodología.
- Cuestionario final del taller (Anexo 15), tras la última sesión, en el que los asistentes podrán expresar su grado de satisfacción general y la utilidad percibida de la formación.

El propósito se basa en conocer la opinión de los participantes sobre la efectividad de cada sesión y del programa en su conjunto, asegurando así la mejora continua de la intervención.

Área de habilidades

Para tasar la adquisición de competencias prácticas, se aplicarán diferentes herramientas de autoevaluación y observación:

- Check-list del observador (Anexo 16), tras la presentación de los participantes, donde los educadores registrarán por visualización propia el desempeño y grado de motivación de los asistentes.
- Autoevaluación sobre el nivel de autocuidado (Anexo 17), tras la tormenta de ideas en la segunda sesión, que permitirá a los participantes reflexionar sobre su bienestar y hábitos saludables.
- Semáforo del desempeño (Anexo 18), tras las técnicas de relajación de la última sesión, donde los asistentes identificarán su progreso en relación con las habilidades trabajadas.
- Autocrítica final (Anexo 19), antes de acabar el taller y tras el resumen y las conclusiones, donde cada participante valorará su evolución personal y áreas de mejora.

En este apartado también se usarán técnicas de evaluación como el reflejo espejo (autoevaluación de la propia conducta) o la observación silenciosa (para evaluar cómo los participantes se desenvuelven sin intervención del instructor).

Evaluación a largo plazo

Con esta valoración se comprobará si se han alcanzado los objetivos generales.

Para estimar el impacto del taller en la vida de los participantes, se realizará un seguimiento en las consultas de AP de los centro de salud del área correspondiente al Hospital del Tajo de forma telefónica, dos meses después de finalizada la formación. En esta fase, se analizarán diferentes aspectos relacionados con el bienestar físico y emocional de los asistentes, como:

- Salud mental y bienestar emocional
- Vinculación con el hijo/a y confianza en la maternidad/paternidad
- Gestión del estrés y herramientas de afrontamiento
- Red de apoyo percibida

Con este proceso de evaluación se conocerá el grado de efectividad del taller y se realizarán mejoras, garantizando así un mayor beneficio para futuros participantes.

14. Bibliografía

1. Amer SA, Zaitoun NA, Abdelsalam HA, Abbas A, Ramadan MS, Ayal HM, et al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health* 2024 May 14;24:1–15.
2. Dimcea DA, Petca R, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics* (2075-4418) 2024 -05;14(9):865.
3. Gómez-Sánchez L, García-Banda G, Servera M, Verd S, Filgueira A, Cardo E. [Benefits of mindfulness in pregnant women]. *Medicina (B Aires)* 2020;80 Suppl 2:47–52.
4. Mario Maj et. al. *World Psychiatry*. Official journal of the world psychiatric association (WPA). 2020:51–61.
5. Keepanasseril A, Singh S, Bharadwaj B. Postpartum Mental Health Status & Role Transition to Mother in Primigravid Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 2023 -02;41(1):43–52.
6. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2015 -01;6(1):116–119.
7. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia* 2020;5(02):355.
8. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol* 2021 -02-26;92(2):153.
9. Madlala S, Kassier S. Antenatal and postpartum depression: effects on infant and young child health and feeding practices. *South African Journal of Clinical Nutrition* 2018 -04;31(1):1–7.
10. Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry* 2021 -01-04;20(1):1–7.

11. Markhus MW, Skotheim S, Graff IE, Frøyland L, Braarud HC, Stormark KM, et al. Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. *PLoS ONE* 2013 -07;8(7):1–12.
12. Jobst A, Krause D, Maiwald C, Härtl K, Myint A, Kästner R, et al. Oxytocin course over pregnancy and postpartum period and the association with postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2016 -08;19(4):571–579.
13. Urbanová E, Škodová Z, Bašková M. The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *IJERPH* 2021 -10-05;18(19).
14. Barr KR, Nguyen TA, Pickup W, Cibralic S, Mendoza Diaz A, Barnett B, et al. Perinatal continuity of care for mothers with depressive symptoms: perspectives of mothers and clinicians. *Front Psychiatry* 2024 -09-19;15.
15. Sheng B, Jiang G, Ni J. Association between postpartum depression and postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2024 -07;103(7):1263–1270.
16. Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2015 -06;15(1):1–8.
17. Wells MB, Aronson O. Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *Journal of Affective Disorders* 2020 -11-10;280:127.
18. Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Arch Psychiatr Nurs* 2019 -06;33(3):217–224.
19. Simionescu A, Hetea A, Bejan CG, Alexandra Stănescu AM. A glimpse of factors involved in the occurrence of paternal postpartum depression disorder. *Psihiatru.ro* 2021 -04;65(2):14–16.
20. Cooijmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2017 -07-06;17(1):154.

21. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS ONE* 2021 -04-02;16(4):1–12.
22. Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, NaviPour E. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2024 -04-12;24(1):1–10.
23. Rovcanin M, Tomic A, Sipetic Grujicic S, Jankovic S, Ivic B, Lackovic M, et al. The Impact of Physical Activity on the Development of Postpartum Depression. *Depression & Anxiety (1091-4269)* 2024 -08-13;2024:1–8.
24. Postnatal depression treatment benefits both mother and child. *Brown University Psychopharmacology Update* 2023 -12;34(12):6–7.
25. Weigl L, Jabeen F, Treur J, Taal HR, Roelofsma PHMP. Modelling learning for a better safety culture within an organization using a virtual safety coach: Reducing the risk of postpartum depression via improved communication with parents. *Cognitive Systems Research* 2023 -08;80:1–36.
26. Rodríguez-Gallego I, Vila-Candel R, Corrales-Gutierrez I, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. *Nutrients* 2024 -01-10;16(2).
27. Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int Breastfeed J* 2022 -09-05;17(1):67.
28. Pawils S, Kochen E, Weinbrenner N, Loew V, Döring K, Daehn D, et al. [Postpartum depression-who cares? Approaches to care via midwifery, gynaecology, paediatrics and general practice]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2022 -06;65(6):658–667.
29. Magdalena C, Tamara W. Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery* 2020 -04;83.

30. Shidende P, Bates R, Lee R, Smith C. Nurses' and midwives' experiences of managing parental postnatal depression: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing* 2024 -04;80(11):4395.

31. Jason Reitman. *Tully*- Trailer 1 (Universal Pictures) - HD. 2018 2 abril.

15. Anexos

Anexo 1: Escala de Edimburgo



Nombre: _____

Fecha: _____

Marque con una cruz la respuesta que mejor represente cómo se ha sentido en los últimos 7 días frente a cada una de las siguientes afirmaciones.

He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	b) No tanto ahora	c) Mucho menos ahora	d) No, nada
He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	b) Menos que antes	c) Mucho menos que antes	d) Casi nada
Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca	b) No con mucha frecuencia	c) Sí, a veces	d) Sí, la mayor parte del tiempo
He estado nerviosa o inquieta, sin tener motivo	a) No, nunca	b) No, no mucho	c) Sí, a veces	d) Sí, con mucha frecuencia
He sentido miedo o he estado asustadiza, sin motivo aparente	a) No, nunca	b) No, no mucho	c) Sí, a veces	d) Sí, bastante
Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto

Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	b) No, con mucha frecuencia	c) Sí, a veces	d) Sí, la mayor parte del tiempo
Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	b) No, con mucha frecuencia	c) Sí, a veces	d) Sí, la mayor parte del tiempo
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	b) Sólo ocasionalmente	c) Sí, bastante a menudo	d) Sí, la mayor parte del tiempo
Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	b) Casi nunca	c) A veces	d) Sí, bastante a menudo

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) =3 puntos

El puntaje total se usa sumando los puntajes para cada uno de los diez ítems

BAREMOS:

10 puntos o menos:	Sin sospecha sintomatología ansiosa depresiva
11 puntos o más:	Presencia de una sintomatología ansiosa depresiva, probabilidad de depresión
Pregunta 10 distinta de 0:	Exploren específicamente el riesgo de vida para la madre y su hijo o hija. Asegúrese de que la mujer sea atendida en forma inmediata por los profesionales de salud mental que evalúen el ingreso por depresión. Contacte y asegúrate que la mujer sea acompañada por un adulto que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.

Anexo 2: Carta a la dirección del Hospital del Tajo

Yaiza Rubio Céspedes
644035533
yaiza.rubiocespedes3@gmail.com

A la atención de la dirección
Hospital del Tajo
Aranjuez

Estimados/as responsables de la Dirección del Hospital del Tajo,

Me dirijo a ustedes para solicitar formalmente el uso de la sala de docencia de su Centro de Salud Mental, para impartir un taller de educación para la salud sobre la depresión postparto y su impacto en el vínculo materno-filial. El objetivo de este taller es brindar información recursos y herramientas a las madres y/o padres que estén atravesando la enfermedad.

La propuesta contempla la realización de seis sesiones, los viernes de cada semana del mes de mayo, y el primer viernes de junio, en 2025. El horario ideal pensando en la posible y máxima disponibilidad de los participantes sería de 17:30h a 19:00h si fuese posible.

El taller sería impartido por una matrona y por una enfermera especialista en salud mental.

Quedo a su disposición para proporcionar más detalles y ajustar la propuesta a las condiciones y normativas del centro. Agradezco de antemano su tiempo y consideración.

Yaiza Rubio Céspedes,
Coordinadora del proyecto

Anexo 3: Folleto informativo sobre el taller para los participantes



Aprendizajes diversos



Desarrollo personal



Espacio encuentro

TALLER DEPRESIÓN POSPARTO CON AFECTACIÓN AL VINCULO MATERNO- FILIAL

Dirigido a todos aquellos
padres que lo necesiten

**ACTIVIDAD GRATUITA
AFORO LIMITADO**

Horario: viernes de 17:30h a
19:00h durante todo mayo y la
primera semana de junio

Lugar: Centro de Salud Mental,
Hospital del Tajo

Impartido por una matrona y una
enfermera especialista en salud mental

Contacto: tallerdpphutajo@gmail.com

CRONOGRAMA:

	Grupo de tarde (17:30h a 19:00h)
Primera sesión	02/05/2025
Segunda sesión	09/05/2025
Tercera sesión	16/05/2025
Cuarta sesión	23/05/2025
Quinta sesión	30/05/2025
Sexta sesión	06/06/2025

BENEFICIOS:

- Mejora del bienestar emocional
- Reducción de culpa y aislamiento
- Herramientas de afrontamiento
- Conciencia de la enfermedad
- Detección temprana
- Acceso a tratamiento

CONTENIDOS:

- Introducción a la DPP
- Manejo de emociones y estrategias de autocuidado
- Actitudes y reflexiones sobre la DPP
- Estrategias prácticas y ejercicios

OBJETIVO:

Se dispondrán de herramientas educativas, emocionales y prácticas para prevenir y gestionar la DPP, promoviendo tanto su bienestar emocional como un vínculo afectivo seguro y saludable con el bebé



Anexo 4: Formulario de inscripción al taller



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN AL TALLER SOBRE DPP CON AFECTACIÓN AL VÍNCULO MATERNO-FILIAL

Yo, _____ (nombre y apellidos), con DNI _____, doy mi consentimiento para participar en el taller previamente mencionado.

Comprendo que el propósito de este taller es proporcionar herramientas y estrategias afectivas para comprender y abordar de manera adecuada la depresión postparto. A través de seis sesiones, con encuentros de una hora y media, los viernes del mes de mayo y el primer viernes de junio de 2025, aprenderé técnicas teóricas y prácticas que facilitarán mi apoyo emocional y propio autocuidado.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la organización del proyecto educativo.

Por último confirmo que he recibido toda la información necesaria sobre el taller y de este modo me comprometo a asistir a todas las sesiones así como a participar en ellas y sacar el máximo provecho del taller.

Firma del participante:

Firma de la organización:

Anexo 6: Diploma de participación

Diploma de participación

Otorgado a _____

Por su valiosa participación en el taller de Educación para la Salud: Depresión posparto y afectación al vínculo materno-filial, demostrando interés, compromiso y dedicación en la adquisición de conocimientos y herramientas para el bienestar materno-infantil.

A través de su esfuerzo y aprendizaje, ha dado un paso importante hacia la comprensión y el acompañamiento en este proceso, fortaleciendo el apoyo y el amor en una etapa significativa de la vida.

“Cada pequeño avance cuenta. Cada gesto de cuidado transforma”

Congratulations

Firma:



Anexo 7: Narración de un escenario

Narración escenario

Julia, una mujer de 30 años, soñaba con ser madre, pero semanas después del parto comenzó a sentirse agotada, ansiosa y triste. Una noche, tras horas sin dormir, rompió a llorar mientras sostenía a su bebé. “No puedo más, siento que estoy fallando”, le dijo a su esposo.

En lugar de minimizar sus emociones, su esposo la abrazó y le dijo: “No estás sola, busquemos ayuda juntos”. Al día siguiente, fueron a una psicóloga, quien le explicó que la depresión posparto era común y que su bienestar emocional era clave.

Julia aprendió que expresar sus sentimientos sin culpa y rodearse de apoyo validante fortalecía su seguridad emocional.



Reflexiones

1. ¿Cómo influyó la seguridad emocional en Julia?
2. ¿Por qué es importante contar con apoyo sin juicio?
3. ¿Qué estrategias podemos aplicar para fortalecer nuestra seguridad emocional?

Anexo 8: Casos hipotéticos para representar

Casos hipotéticos para representar

Recortar cada caso y ofrecérselo a cada pareja de voluntarios.

Uno expondrá el caso y el otro tendrá que decir que deberíamos hacer en esta situación hipotética

La madre se siente incómoda porque la familia de su pareja opina constantemente sobre cómo criar al bebé y este no interviene

El padre se siente apartado de la madre desde la llegada del bebé pero no sabe cómo comunicárselo a su pareja

La pareja apenas ha tenido tiempo desde que nació el bebé.
Uno de los dos intenta recuperar espacios pero el otro lo ve como una queja

La madre siente que su pareja no está involucrada en el cuidado del bebé tanto como ella quisiera, pero teme comunicárselo y generar una discusión

El padre evita hacer ciertas tareas del bebé porque tiene miedo de no hacerlo bien

La madre siente frustración porque siente que su pareja tiene más tiempo de descanso que ella

Anexo 9: Juego de tarjetas

Juego de tarjetas

Se recortarán y reparitrán las distintas tarjetas entre los participantes y estos tendrán que leerla en voz alta y responder si es un signo típico o una señal de alarma, justificando su respuesta.

Cansancio y cambios en el sueño pero disfrutando de momentos con el bebé

Llanto ocasional durante la primera semana tras el nacimiento

Preocupación moderada por el bienestar del bebé, pudiéndose calmar

Altibajos emocionales en cuanto al ajuste al nuevo rol maternal/paternal

Fortalecimiento del vínculo con el bebé aunque haya momentos de inseguridad

Necesidad de apoyo emocional sin aislamiento externo

Tristeza por más de dos semanas

Falta de interés o disfrute tanto en el bebé como en tareas cotidianas

Llanto frecuente sin motivo aparente y sensación de vacío

Dificultad para cuidar del bebé

Ansiedad extrema o ataques de pánico ante el cuidado o seguridad del bebé

Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad

Irritabilidad o enojos constantes

Pensamientos de hacerse daño a sí misma o al bebé

Anexo 10: Role-playing

Role - playing

En el siguiente ejercicio, se formarán grupos de 3 personas.

Cada grupo, representará una escena basada en una situación realista sobre la depresión postparto.

Se asignarán los siguientes roles:

- madre con depresión postparto (quien expresa sus emociones y dificultades)
- persona poco informada (pareja, familiar, o amigo que al inicio no comprende bien la situación)
- persona cercana informada (pareja, familiar o amigo que ha aprendido en el taller y trata de ofrecer un apoyo más adecuado)

ESCENARIOS:

“No sé que me ocurre”

1

La madre expresa su tristeza y sufrimiento pero la persona poco informada responde con frases como “otras madres lo han superado sin quejarse” o, “seguro que no es nada”. La persona informada interviene para validar las emociones de la madre y demostrar cómo se puede ofrecer apoyo real.

“Me siento muy culpable”

2

La madre siente que no está disfrutando de la maternidad y que es mala madre. La persona poco informada responde diciendo “no digas eso, no es para tanto”, mientras que la persona informada le ayuda a reformular sus pensamientos y le sugiere estrategias de autocuidado y búsqueda de ayuda.

“Pedir ayuda”

3

La madre siente que no puede más, pero tiene miedo de expresarlo. La persona informada le dice que no está sola y le anima a hablar con alguien de confianza mientras que la persona poco informada al principio no lo entiende, pero luego aprende con la conversación.

Anexo 11: Cuestionario sobre conceptos clave

Cuestionario conceptos clave

Nombre. _____

Edad: _____

¿Es madre o padre o plantea serlo en el futuro?: Si/No

¿Qué es la DPP?

- Una tristeza leve y pasajera después del parto
- Un trastorno del estado del ánimo que puede afectar a las madres tras el parto
- Una condición que solo afecta a mujeres con antecedentes de depresión
- Un trastorno que desaparece automáticamente sin necesidad de tratamiento

¿Cuánto tiempo después del parto puede aparecer la DPP?

- Solo en las primeras dos semanas
- Normalmente hasta seis meses después del parto pudiéndose alargar hasta un año
- Únicamente hasta tres meses después del parto
- El tiempo es indefinido

¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma común de la DPP?

- Tristeza persistente
- Dificultad para dormir o exceso de sueño
- Alegría extrema y energía inagotable
- Sentimientos de culpa e inutilidad

¿Cuáles son algunos factores de riesgo para desarrollar DPP? (Marca todas las que consideres)

- Antecedentes personales o familiares de depresión
- Falta de apoyo social
- Complicaciones en el embarazo o parto
- Ser madre primeriza

La DPP solo afecta a las mujeres

- Verdadero
- Falso

¿Qué estrategias pueden ayudar en la recuperación de la DPP? (Marca todas las que consideres)

- Buscar apoyo emocional en la pareja, familia, amigos
- Dormir menos para estar más activa
- Acudir a un profesional de salud mental
- Hacer ejercicio y mantener una alimentación equilibrada

Si una madre tiene pensamientos de hacerse daño a sí misma o al bebé, ¿Qué debe hacer?

- Nada, es algo normal del postparto
- Mantenerlo en secreto para no preocupar a nadie
- Hablar con alguien de confianza y buscar ayuda profesional de inmediato
- Esperar a que los síntomas desaparezcan

Anexo 12: Encuesta anónima rápida

Encuesta anónima rápida

Antes de este taller, ¿habías oído hablar sobre la depresión postparto paterna?

- Sí, conozco el tema
- Había escuchado algo pero no en profundidad
- No, es la primera vez que lo escucho

¿Crees que la depresión postparto es algo que solo afecta a las madres?

- Sí, solo afecta a las madres
- No, puede afectar a ambos
- No estoy seguro/a

¿Consideras que la sociedad habla lo suficiente sobre la depresión postparto paterna?

- Sí, hablan del tema con normalidad
- No, es un tema poco visibilizado
- No estoy seguro/a

¿Crees que los hombres se sienten cómodos hablando de sus emociones tras el nacimiento de sus hijos?

- Sí, cada vez más
- No, aún existe mucha influencia social
- Depende del entorno donde se encuentren

¿Cuales crees que son las principales barreras para que los hombres hablen sobre su depresión postparto? (Marca las que consideres)

- Miedo al juicio social
- Creencia de que "deben ser fuertes"
- Falta de información sobre el tema
- Falta de apoyo en el sistema de salud
- Otras: _____

¿Qué acciones crees que podrían ayudar a visibilizar y normalizar la depresión postparto en los padres?

Anexo 13: Frases incompletas para rellenar

Ejercicio de frases incompletas para rellenar

Completa las siguientes frases que se muestran a continuación en base a tus propias ideas, según lo aprendido durante el taller.

1. Identificar precozmente la depresión posparto permite a la mamá _____ y encontrar _____.
2. Cuando una madre recibe el apoyo emocional y tratamiento adecuado, puede _____ y sentirse _____.
3. El tratamiento de la depresión posparto no solo beneficia a la madre, sino también a _____, ya que _____.
4. Un entorno de comprensión y sin juicios ayuda a que las madres _____ y no sientan _____.
5. Al hablar abiertamente sobre la depresión posparto, contribuimos a _____ y reducimos _____.
6. La accesibilidad a información y recursos sobre la salud mental materna permite que mayor cantidad de mujeres _____ y reciban _____.
7. Cuidar la salud mental en el posparto es crucial porque _____ y mejora _____.
8. Algunas estrategias que pueden ayudar a una madre a recuperarse de la depresión posparto son _____ y _____.
9. Buscar ayuda profesional cuando se necesita es un acto de _____ y puede generar _____.
10. El mensaje más importante que me llevo del taller sobre la depresión posparto es _____.

Anexo 14: Cuestionario post-sesión

Cuestionario post sesión

El contenido de esta sesión del taller fue....

- Divertido
- Me hizo reflexionar
- Motivador
- Aburrido
- Desafiante
- Inspirador
- Interesante
- Enriquecedor

Valore las siguientes afirmaciones

Siendo:
10= "totalmente de acuerdo"
1= "totalmente en desacuerdo"

Mi conocimiento y/o interés tras esta sesión ha aumentado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El tema expuesto es útil para hacer frente a esta enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los recursos utilizados facilitaron el desarrollo de la sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esta sesión ha cubierto mis expectativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La duración de la sesión fue apropiada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento muy satisfecho/a con esta sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Tiene alguna sugerencia para mejorar esta sesión?

Anexo 15: Cuestionario final taller

Cuestionario final taller

Evalúa según tu opinión las metas y objetivos de este taller en función de:

	MUY ALTA	ALTA	MEDIA	BAJA	MUY BAJA
Relevancia					
Realismo y practicidad					
Claridad y estructuración					
Clarificación metas y objetivos					

Subraya cuales han sido los motivos que te han llevado a participar en este taller

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Buscar apoyo y orientación Intercambiar experiencias con otros padres Adaptarse a los cambios y desafíos Fortalecer valores y principios Cuidar su bienestar emocional | <ul style="list-style-type: none"> Adquirir nuevas herramientas Mejorar la convivencia familiar Comprender mejor a tus hijos Otros |
|--|--|

Señala tu opinión respecto a las características de los ponentes que han impartido el curso

Claridad expositiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claridad en instrucciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad de motivación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Variedad de métodos didácticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio del contenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 16: Check-list del observador

Check-list del observador

Marcar con  o  según corresponda

Introducción al taller

- Los participantes entienden el propósito y los objetivos
- Los participantes comprenden las dinámicas y metodología
- Los participantes conocen la duración y estructura de las sesiones
- Se verifica la comprensión de los participantes
- Se genera interés y motivación en los asistentes

Presentación de los participantes

- Se da espacio para que todos se presenten
- Se fomenta un ambiente de confianza y respeto
- Se anima a la participación activa
- Se permite que los participantes compartan sus expectativas sobre el taller
- Se respetan los tiempos de cada presentación

Anexo 17: Autoevaluación con fichas sobre nivel de autocuidado

Autoevaluación con fichas sobre nivel de autocuidado

Responde según consideres en las siguientes afirmaciones:

AUTOCUIDADO FÍSICO

- Realizo alguna actividad física: Si/ No
- Como bien: Si/No
- Descanso lo suficiente: Si/No
- Pido ayuda si me siento agotada físicamente: Si/No

AUTOCUIDADO EMOCIONAL

- Expreso mis emociones sin sentir culpa: Si/ No
- No me exijo ser un padre/madre "perfecto" : Si/No
- Busco momentos de disfrute: Si/No
- Identifico cuando me siento abrumada y paro: Si/No

AUTOCUIDADO SOCIAL

- Mantengo contacto con familia y amigos: Si/ No
- Me aílo cuando me siento triste: Si/No
- Participo en grupos de apoyo: Si/No
- Pido ayuda cuando la necesito: Si/No

AUTOCUIDADO MENTAL/ESPIRITUAL

- Practico técnicas de relajación cuando me siento estresado/a : Si/ No
- Si estoy en tratamiento, sigo las indicaciones médicas/terapéuticas : Si/No
- Busco información confiable sobre la depresión postparto en vez de llenarme de miedo: Si/No
- Si tengo pensamientos negativos los comparto con alguien de confianza: Si/No

Anexo 18: Evaluación con el semáforo del desempeño

Técnica del semáforo para evaluación del desempeño

Marca un color según tu nivel de comodidad y desempeño en cada actividad



Rojo: Me resultó difícil o no me sentí cómodo/a con la técnica

Amarillo: Pude hacerlo, pero necesito más práctica

Verde: Me sentí cómodo/a y puedo aplicarlo en mi día a día

Fui capaz de concentrarme en el momento sin distraerme demasiado



Me sentí más relajado/a después de la técnica de mindfulness



Pude aplicar las instrucciones y guiar mi atención sin frustrarme



Pude realizar correctamente la respiración diafragmática o profunda



Sentí una diferencia en mi nivel de tensión después de cada ejercicio



Puedo imaginarme realizando estas técnicas en momentos de estrés



Reconozco la relación entre el ejercicio físico y el estrés



Identifiqué alguna actividad física que podría incorporar en mi rutina



Me motiva la idea de moverme más para mejorar mi bienestar emocional



Me siento capaz de usar alguna de estas técnicas en mi vida diaria



Creo que estas estrategias me pueden ayudar a gestionar mejor mi estrés



Me gustaría seguir practicando y aprendiendo más sobre estas herramientas



Anexo 19: Autocrítica final

Autocrítica final

Marque la opción que considere en cada caso

He aceptado que la DPP no es una debilidad ni una elección, sino una condición que requiere ayuda



He reconocido las señales de DPP en mi entorno o en mí misma



Entiendo que la maternidad no es siempre como una se piensa y está bien sentirme diferente a lo esperado



He identificado como la DPP ha afectado a mi vínculo con mi bebé



He aprendido a identificar pensamientos negativos recurrentes y cómo manejarlos



Me he permitido pedir ayuda sin miedo al juicio



Estoy aprendiendo a disfrutar sin exigirme ser perfecta



Me reconozco y valoro mis esfuerzos en este proceso



Estoy priorizando mi bienestar sin sentir culpa



Me siento acompañada y sé que no estoy sola en este proceso



He buscado apoyo profesional si lo he necesitado



- Si marcaste mayoría de caritas felices, ¡enhorabuena!, estás avanzando en tu proceso de recuperación
- Si marcaste varias caritas tristes, no te preocupes. Identificar lo que necesitas es el primer paso para mejorar.