



Trabajo Fin de Grado

Título:

Proyecto educativo dirigido a profesionales: detección precoz de la depresión postparto.

Alumna: Irene Díaz Abad

Directora: Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Madrid, 25 de abril de 2018.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Presentación	6
Estado de la cuestión	7
1. Fundamentación	7
1.1. Introducción	7
1.2. Epidemiología	13
1.3. Etiología	14
1.4. Factores de riesgo	15
a. Psicológicos	15
b. Obstétricos	16
c. Biológicos	16
d. Sociales	17
e. De estilo de vida y personalidad	17
1.5. Clínica	19
1.6. Diagnóstico diferencial	19
1.7. Consecuencias	20
1.8. Detección precoz y abordaje	21
1.9. Papel de la enfermería	24
2. Justificación	25
Población y captación	26
1. Población diana	26
2. Captación	26
Objetivos	27
1. Objetivos generales	27
2. Objetivos específicos	27
3. Metas operativas	28

Contenidos	28
Sesiones, técnicas de trabajo y materiales	29
1. Planificación general	29
2. Sesión 1	30
3. Sesión 2	31
4. Sesión 3	32
Evaluación	34
1. Evaluación de la estructura	34
2. Evaluación del proceso	35
3. Evaluación de los resultados	36
Bibliografía	38
Anexos	41
1. Anexo I: Edinburgh Postnatal Depression Scale	42
2. Anexo II: Cartel informativo de captación	44
3. Anexo III: Cuestionario 1	45
4. Anexo IV: Cuestionario 2	46
5. Anexo V: Cuestionario 3	47
6. Anexo VI: Cuestionario 4	49

Resumen

La depresión postparto es una patología que, a pesar de ser muy frecuente entre las puérperas, continúa siendo un tabú en nuestra sociedad. Las mujeres que la padecen a menudo no reciben el tratamiento necesario, pues no buscan ayuda debido al estigma social que supone padecer una enfermedad mental, sobre todo en un período vital que debería ser de felicidad plena.

Por ello, el conocimiento de la patología en sí, de su clínica, el estudio de los factores de riesgo y el cribaje para una detección precoz de la depresión postparto deben constituir una prioridad para los profesionales de atención primaria que tienen contacto periódico con las gestantes y las puérperas, fundamentalmente por las graves consecuencias que tiene una depresión postparto no tratada.

Este estudio tiene como objetivo conseguir que todos los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología puedan detectar a tiempo y abordar precozmente una depresión postparto. Para ello, se ha elaborado un proyecto educativo dirigido a profesionales sanitarios, compuesto de tres sesiones.

Las implicaciones para la práctica de la enfermería son clave, principalmente por el papel de las especialistas en obstetricia y ginecología, pues son quienes realizan un seguimiento completo de la mujer. Pero los profesionales sanitarios no especialistas también tienen un papel muy aprovechable e importante, por lo que es necesario que posean los conocimientos suficientes sobre la depresión postparto y sobre cómo poder detectarla y abordarla.

PALABRAS CLAVE: depresión postparto, período postparto, atención prenatal, diagnóstico precoz, prevención.

Abstract

Postpartum depression is a pathology that, despite being very frequent among puerperal women, continues being a taboo in our society. Women who suffer from it often do not receive the necessary treatment, because they do not look for help because of the social stigma of having a mental illness, specially in a life period that should be full of happiness.

Therefore, the knowledge of the pathology itself, its clinic, the study of risk factors and the screening for early detection of postpartum depression should be a priority for primary care professionals who have regular contact with pregnant and puerperal women, mainly because of the serious consequences of an untreated postpartum depression.

The aim of this study is to ensure that all health professionals who are not specialists in obstetrics and gynecology can early detect postpartum depressions. To this end, an educational project for health professionals has been prepared and it is composed of three sessions.

The implications for the practice of nursing are key, specially the role of obstetrics and gynecology specialists, since they are the ones who follow the woman during all the process. But non-specialist health professionals also have a very useful and important role, so it is necessary that they have sufficient knowledge about postpartum depression and how to detect and asses it.

KEY WORDS: postpartum depression, postpartum period, prenatal care, early diagnosis, prevention.

Presentación

La idea de este trabajo surgió como una necesidad de visibilidad y apoyo social de las enfermedades mentales. Concretamente elegí la depresión postparto porque durante la asignatura de Cuidados de Enfermería a la Mujer el tema me llamó la atención y comprendí que, si la visibilidad y aceptación social de la depresión era escasa, en el caso de la depresión postparto era todavía menor.

Considero que los trastornos mentales deberían tener una mayor acogida y apoyo social, y que las madres con depresión postparto deberían compartir su situación para ayudar a la visibilización y concienciación sobre la misma.

A raíz de iniciar este trabajo, he descubierto que en mi entorno amistoso y familiar, varias mujeres han sufrido depresión postparto y por lo general nunca lo compartieron con más personas que su madre y su pareja.

La depresión postparto, aún en nuestra sociedad actual, es considerada una enfermedad tabú que las madres que la padecen evitan compartir con su entorno, pues teóricamente el momento que están viviendo debería aportarles una felicidad plena, y esto conlleva un grave sufrimiento añadido.

Quise diseñar un proyecto educativo dirigido a profesionales, para que éstos amplíen sus conocimientos sobre la materia y sepan detectar precozmente los factores de riesgo, signos y síntomas de la depresión postparto para ayudar a las madres que puedan sufrirla.

Agradecimientos

En primer lugar, quería agradecer a Alfonso Berridi los ánimos, el apoyo y el cariño que me ha dado durante toda la carrera, durante los años que lleva a mi lado y durante el proceso de mi enfermedad mental. También agradecer a mis padres Miguel Ángel Díaz y Marisa Abad, y a mi tía Piedad de las Heras, por hacer mis sueños posibles con su esfuerzo, por escucharme en mis mejores y peores momentos y por darme el reconocimiento que he necesitado.

Por último, agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios por darme las mejores amigas y los años más felices de mi vida, y a Matilde Fernández por su pasión y por enseñarme tanto durante estos dos últimos años.

Estado de la cuestión

1. Introducción

En este apartado de fundamentación se expondrán los conceptos necesarios para conocer la depresión postparto, así como su sintomatología y factores de riesgo en su aparición. Se hará un repaso sobre el recorrido en su detección a lo largo de los últimos años, los avances logrados, la situación actual y las aportaciones que enfermería puede dar en el abordaje global de esta patología.

Para la obtención de esta información, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Dialnet. Para la traducción de los artículos en inglés se ha utilizado WordReference.

Las palabras clave en términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) utilizadas para la búsqueda se detallan en la Tabla 1. Como operadores booleanos se han utilizado “AND”, “OR” y “NOT”.

<i>Inglés</i>	<i>Español</i>
Postpartum depression	Depresión postparto
Postpartum period	Período postparto
Prenatal care	Atención prenatal
Early diagnosis	Diagnóstico precoz
Prevention	Prevención

Tabla 1. Palabras clave en inglés y español. Elaboración propia.

Para limitar la búsqueda, se han acotado los artículos a las fechas de publicación de los 7 últimos años y se ha señalado específicamente la búsqueda de artículos en inglés, francés, castellano e italiano.

Como criterios de selección de los artículos, se han seleccionado los trabajos directamente relacionados con el tema objeto de estudio, prestando especial atención a la metodología y dando importancia a las revisiones bibliográficas, guías clínicas y metaanálisis.

En una primera búsqueda se seleccionaron 30 artículos, detallados en la tabla a continuación. Finalmente, para el trabajo se utilizaron 26 artículos, señalados en la Tabla 2 en color azul.

Título	Bibliografía	Año	Método
Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?	Paranhos de Albuquerque Moraes G, Lorenzo L, Arruda Reinaux Pontes G, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? Trends in Psychiatry and Psychotherapy 2017; 39(1):54-61.	2017	Revisión
Postpartum depression risk factors: a narrative review.	Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. Journal of Education and Health Promotion 2017; 6:60-66.	2017	Revisión
A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings.	Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. BMC Psychiatry 2017; 17:112-121.	2017	Revisión
Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto.	Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Musas 2017; 2(1):57-85.	2017	Revisión
Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care.	Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Elsevier: Hormones and Behavior 2016; 77: 153-166.	2016	Revisión
Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression:	Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review.	2016	Revisión

A systematic review.	Journal of Affective Disorders 2016; 191:62-77.		
Can postpartum depression be managed in pediatric primary care?	Olin S-CS, Kerker B, Stein REK, et al. Can postpartum depression be managed in pediatric primary care? Journal of Women's Health 2016; 25(4):381-390.	2016	Revisión
Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review.	Lee EW, Denison FC, Hor K, Reynolds RM. Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16:38-45.	2016	Revisión
Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: a systematic review.	Owora AH, Carabin H, Reese J, Garwe T. Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: a systematic review. Elsevier: Journal of Affective Disorders 2016; 201:185-193.	2016	Revisión
Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje.	Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista Médica de Chile 2015; 143:887-894.	2015	Revisión
Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas.	Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Summa psicológica UST 2015; 12(1):77-87.	2015	Revisión

Preventing postpartum depression: review and recommendations.	Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Archives Womens Mental Health 2015; 18(1):41-60.	2015	Revisión
Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review.	Accort E, Cheadle A, Schetter C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. Maternal and Child Health Journal 2015; 19(6): 1306-1337.	2015	Revisión
Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review.	Byatt N, Levin L, Ziedonis D, Moore T, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review. Obstetrics & Gynecology 2015; 126(5):1048-1058.	2015	Revisión
Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review.	Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. Elsevier: Journal of Affective Disorders 2015; 175:34-52.	2015	Revisión
Impacts of maternal depression on pregnancies and on early attachment.	Lefkovics E, Baji I, János R. Impacts of maternal depression on pregnancies and on early attachment. Infant Mental Health Journal 2014; 35(4):354-365.	2014	Revisión
Screening for postnatal depression - a summary of current knowledge.	Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression - a summary of current knowledge. Journal of the Norwegian Medical Association 2014; 134(3):297-301.	2014	Revisión
Perinatal Depression: an update and overview.	Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. Current Psychiatry Reports 2014; 16(9):468-482.	2014	Revisión
Concise review for physicians and other	Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum	2014	Revisión

clinicians: postpartum depression.	depression. Mayo Clinic Proceedings 2014; 89(6): 835-844.		
Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática.	Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G et al. Intervenciones psicológicas en la depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Terapia psicológica 2013; 31(2):249-261.	2013	Revisión
Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.	Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatología y reproducción humana 2013; 27(3):185-193.	2013	Revisión
Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis.	Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. Annals of Family Medicine 2016; 14:463-472.	2016	Metaanálisis
Maternal mental health: the missing "m" in the global maternal al child health agenda.	Atif N, Lovell K, Rahman A. Maternal mental health: the missing "m" in the global maternal al child health agenda. Elsevier: Seminars in perinatology 2015; 39:345-352.	2015	Metaanálisis
Preventing postpartum depression: a meta- analytic review.	Sockola LE, Epperson N, Barbere JP. Preventing postpartum depression: a meta- analytic review. Clinical Psychology Review 2013; 33(8):1205-1217.	2013	Metaanálisis
Health professionals' perspective on the promotion of e- mental health apps	Sprenger M, Mettler T, Osma J. Health professionals' perspective on the promotion of e-mental health apps in the context of maternal depression. PLoS ONE 2017; 12(7):1-17.	2017	Observacional

in the context of maternal depression.			
Postpartum depression effect on child health and development.	Abdollahi F, Abhari FR, Zarghami M. Postpartum depression effect on child health and development. Acta Medica Iranica 2017; 55(2):109-114.	2017	Observacional
Risk factors for depressive symptoms in early postpartum period and after puerperium - are they the same?	Warzecha D, Gajda S, Kosinska-Kaczynska K, Szymusik I, Wielgos M. Risk factors for depressive symptoms in early postpartum period and after puerperium - are they the same? Neuroendocrinology Letters 2016; 37(6):452-460.	2016	Observacional
Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression.	Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:402-410.	2014	Observacional
Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant women.	Marín-Morales D, Carmona FJ, Peñacoba-Puente C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant women. Annals of Psychology 2014; 30(3):908-915.	2014	Observacional
Influencia de la visita puerperal	Salazar I, Sáinz JA, García E, Marrugal V, Garrido R. Influencia de la visita puerperal	2011	Observacional

temprana en la detección y evolución de la depresión postparto	temprana en la detección y evolución de la depresión postparto. Elsevier: Progresos de obstetricia y ginecología 2011; 54(2):65-70.		
Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura.	Félix TA, Nogueira AG, D'Ávila D, Vieira do Nascimento K, Ximenes FRG, Muniz QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. Enfermería Global 2013; 29:404-419.	2013	Experimental

Tabla 2. Bibliografía seleccionada. Elaboración propia.

2. Epidemiología

Aproximadamente un 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración psíquica durante el embarazo y el postparto. Éstas pueden variar desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto hasta síntomas más graves como ansiedad y dificultad en el vínculo madre-hijo que, si no se tratan, en los casos más graves, pueden llevar a consecuencias como el suicidio o el infanticidio ⁽²⁸⁾.

En un 50% de los casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información no son considerados una enfermedad en sí, y están infradiagnosticados o mal clasificados. Estas mujeres no cuentan con una evaluación y asesoramiento apropiados, por lo que no suelen acceder a un tratamiento adecuado y sus síntomas pueden agravarse o cronificarse, con las consecuencias que supone para su vida, la de su recién nacido y la de su pareja y familia ⁽²⁸⁾.

Como podemos ver en el Diagrama 1, la depresión postparto es la patología psiquiátrica del postparto más importante debido a su elevada incidencia (10-20%) y a las consecuencias a corto y largo plazo que ésta supone en la vida de la madre, el bebé y su entorno ^(1,28).

Aun así, la información y los datos sobre la prevalencia y los factores de riesgo de desarrollar depresión postparto que poseemos son en su mayoría de países industrializados, por lo que no se debe generalizar y serían necesarios estudios globales más representativos ⁽²⁾.

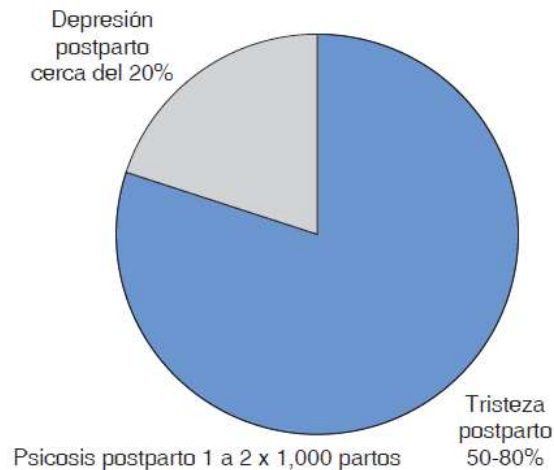


Diagrama 1. Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en el postparto ⁽²⁸⁾.

Los ratios de detección y tratamiento de la ansiedad y depresión en el período prenatal y postnatal son alarmantemente bajos, además de muy diferentes dependiendo del país que se analice. Esto se debe principalmente a la falta de uniformidad en los métodos, parámetros y períodos considerados para su diagnóstico ^(1,2).

3. Etiología

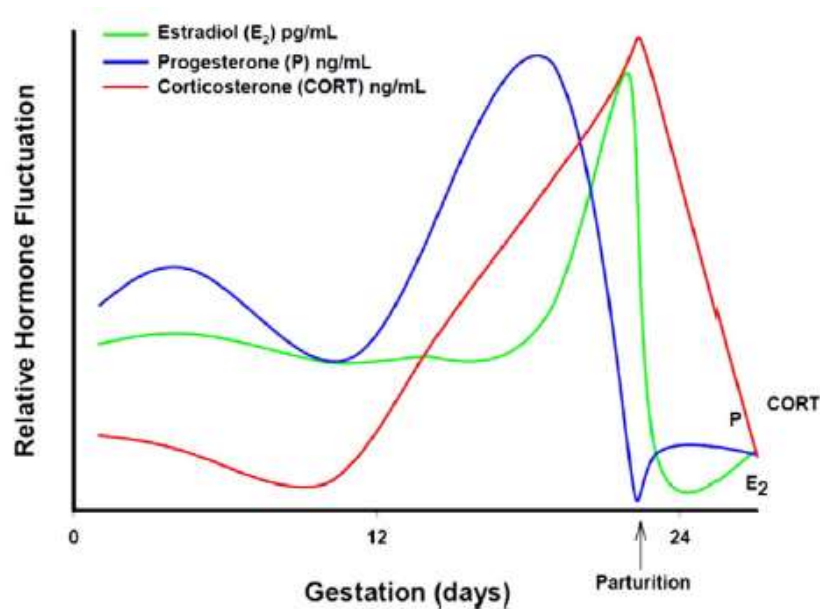
Durante el embarazo y el puerperio se producen cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que aumentan la vulnerabilidad de la mujer ante la aparición de trastornos psíquicos ⁽²⁸⁾.

No se conocen con exactitud científica sus causas y se necesitan más estudios, pero se cree que su fisiopatología resulta de las interacciones entre la susceptibilidad biológica por las alteraciones hormonales y otros factores de riesgo ^(4,5).

Como se desarrollará más adelante, uno de los factores de riesgo más importantes de desarrollar depresión postparto es la depresión prenatal y/o anterior al embarazo, por tanto, será fundamental tener en cuenta este dato y tratar de detectar precozmente los síntomas de una posible depresión durante el embarazo ⁽³⁾.

Las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a desarrollar depresión, a tener unos síntomas depresivos más graves y a que ésta esté asociada a ansiedad. Esa diferencia de incidencia entre los dos sexos es mucho mayor durante los años fértiles de la mujer, lo cual sugiere que las hormonas sexuales tienen un rol importante en la etiología depresiva ⁽³⁾.

Como podemos ver en la Gráfica 1, el embarazo y postparto están asociados con importantes fluctuaciones en las hormonas esteroideas y peptídicas (cortisol, estrógeno, progesterona y oxitocina), que afectan a los ejes hipotalámico-gonadal e hipotalámico-hipofisiario-adrenal, lo cual puede tener efectos negativos en la salud mental de la mujer ⁽³⁾.



Gráfica 1. Cambios hormonales durante el embarazo y el postparto ⁽³⁾.

4. Factores de riesgo

Los grupos de factores de riesgo expuestos a continuación y resumidos en la Tabla 3 tienen una gran repercusión en el desarrollo de la depresión postparto y deben ser tenidos en cuenta tanto en el período prenatal como en el puerperio.

4.1. Psicológicos

El historial previo de la familia o de la mujer de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales, fundamentalmente si se ha producido durante el embarazo, son los indicadores de mayor riesgo de desarrollar depresión postparto, debido a que dichas mujeres son más susceptibles a los cambios hormonales ^(6,7).

Se ha demostrado que las mujeres que sufren ansiedad durante el embarazo tienen el triple de posibilidades de padecer depresión durante el embarazo y/o el postparto ⁽⁷⁾.

La actitud negativa frente al embarazo, la baja autoestima de la gestante frente al impacto de la maternidad, la importancia que tenga para ella el sexo del bebé y el historial previo de abusos sexuales también constituyen factores de riesgo a tener en cuenta ⁽⁶⁾.

4.2. Obstétricos

Los estudios en cuanto al riesgo menor o mayor de desarrollar depresión postparto según la paridad de la mujer son contradictorios. Hay estudios que consideran que es mayor el riesgo en nulíparas, aunque por lo general los estudios asocian la multiparidad a un mayor riesgo, pero no aisladamente por el número de hijos, sino por las consecuencias sociales y laborales que supone para la mujer tener más de un hijo ^(6,7).

Los embarazos de riesgo, las complicaciones actuales o anteriores durante el parto y postparto, los abortos previos o muertes neonatales y los partos instrumentales en mujeres con un gran deseo de tener un parto natural también aumentan el riesgo ^(6,7).

Por otra parte, se ha demostrado que los embarazos no deseados o no planificados y las experiencias o percepciones negativas del embarazo constituyen un importante factor de riesgo a tener en cuenta desde el primer momento ⁽⁷⁾.

En cuanto a la lactancia materna, aunque no se ha encontrado una relación causal directa en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto, incrementa y mejora la interacción madre-hijo, que supone una repercusión positiva en la salud de la madre ⁽⁶⁾.

4.3. Biológicos

Hay estudios que demuestran que los desórdenes en el metabolismo de la glucosa como la diabetes gestacional y los niveles de ésta elevados en sangre durante el embarazo constituyen un factor predisponente a la hora de desarrollar depresión postparto ⁽⁶⁾.

También tienen gran relevancia la adolescencia (13-19 años), las deficiencias nutricionales, los niveles elevados de oxitocina en el primer y segundo trimestre de embarazo y la disminución o ausencia de estrógeno ⁽⁶⁾.

4.4. Sociales

El soporte social es un factor multidimensional (emocional, económico, informativo, relacional), y la falta de alguna o varias de sus áreas constituye un factor de riesgo ^(6,7).

Las relaciones familiares (sobre todo de la madre con sus progenitores), de pareja o comunitarias disfuncionales, la violencia infantil, doméstica o sexual previa y/o durante el embarazo o postparto y un entorno inadecuado de desarrollo del embarazo y postparto influyen muy negativamente ^(6,7).

Se ha demostrado que el hecho de ser madre soltera supone un factor de riesgo, pero las relaciones de pareja disfuncionales constituyen un factor mucho más significativo ⁽⁷⁾.

El bajo nivel educacional, el desempleo y la pertenencia a un grupo social minoritario también constituyen factores de riesgo de desarrollar depresión postparto debido a los escasos recursos de que disponen y a la discriminación que sufren en la sociedad ^(6,7).

4.5. De estilo de vida y personalidad

Los factores más influyentes dentro de este grupo son el estrés diario en la vida de la mujer y las situaciones adversas o estresantes que viva durante el embarazo y postparto, como muerte o enfermedad de personas queridas, ruptura de pareja o despidos laborales ⁽⁷⁾.

Queda demostrado que el ejercicio y la actividad física moderada durante todo el embarazo, y especialmente en el tercer trimestre, ayuda a prevenir la depresión postparto debido a que se activa la secreción de opioides endógenos y endorfinas ⁽⁶⁾.

Los patrones de sueño alterados y el insomnio, así como un mal estado nutricional o patrones disfuncionales de consumo de alimentos, incrementan las posibilidades de desarrollar depresión postparto ⁽⁶⁾.

El consumo de alcohol, sustancias estupefacientes y tabaco en el pasado y, más significativamente durante el embarazo y postparto, también constituyen factores de riesgo ⁽⁷⁾.

En cuanto a la personalidad de la madre, influyen negativamente los estilos negativos cognitivos como el pesimismo, nerviosismo, neuroticismo, psicoticismo y baja autoestima ⁽⁷⁾.

Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Historial previo familiar o personal de trastornos mentales. • Historial previo de abusos sexuales. • Ansiedad durante el embarazo. • Actitud negativa frente al embarazo. • Baja autoestima ante la maternidad. • Importancia del sexo del bebé para la mujer.
Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos de riesgo. • Embarazos no deseados y/o no planeados. • Experiencias o percepciones negativas sobre el embarazo. • Complicaciones en el embarazo, parto y/o postparto. • Abortos o muertes neonatales previas. • Partos instrumentales en mujeres con deseos de partos completamente naturales.
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia. • Deficiencias nutricionales. • Diabetes gestacional. • Niveles elevados de oxitocina en el primer y segundo trimestre del embarazo. • Disminución o ausencia de los niveles de estrógeno.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de soporte social. • Relaciones disfuncionales familiares, comunitarias y/o de pareja. • Violencia infantil, doméstica y/o sexual previa o durante el embarazo y/o postparto. • Entorno inadecuado para el desarrollo del embarazo y postparto. • Bajo nivel educacional, desempleo. • Madres solteras. • Pertenencia a grupos sociales minoritarios.
De estilo de vida y personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés diario. • Situaciones adversas o estresantes durante el embarazo y/o postparto. • Insomnio o patrón del sueño alterado. • Consumo del alcohol, sustancias y/o tabaco en el pasado o durante el embarazo y/o postparto. • Estilos negativos cognitivos de personalidad.

Tabla 3. Factores de riesgo depresión postparto. Elaboración propia.

5. Clínica de la depresión postparto

La depresión postparto es una enfermedad mental depresiva no psicótica de severidad moderada. Se desarrolla en el postparto inmediato o a lo largo del puerperio, normalmente en las primeras cuatro semanas tras el parto o hasta doce meses después ⁽⁸⁾.

En el postparto se pueden dar sentimientos y emociones ambivalentes, a menudo contradictorias, que además, se ven potenciadas por la inseguridad en el cuidado del bebé, las molestias físicas, el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de los profesionales y de las personas de su entorno. Todo ello puede desembocar en una crisis emocional, o complicarse y llegar a la enfermedad mental ⁽⁴⁾.

Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, con dificultad o incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y de adaptarse a la nueva situación. Los síntomas incluyen tristeza intensa, labilidad emocional grave, ansiedad, desesperanza, desinterés, desaliento, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad, sentimientos de impotencia, culpa e inutilidad, cambios en los patrones de sueño y alimentación, e ideas suicidas en los casos más graves ^(4,8,9).

6. Diagnóstico diferencial

Antes de diagnosticar una depresión postparto, el médico, tras haber realizado la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, debe diferenciar esta patología de otras que cursan con signos y síntomas similares.

Baby blues: se da en un 50-80% de las mujeres, por lo que es relativamente común. Los signos y síntomas aparecen uno o dos días tras el parto, y consisten en estado de ánimo deprimido, preocupación excesiva, ansiedad, llanto, irritabilidad, disminución del apetito y problemas de sueño. Éstos son leves y se resuelven espontáneamente, sin necesidad de tratamiento, como máximo en las dos semanas postparto. Un 25% de estas mujeres desarrollan posteriormente depresión postparto, por lo que requieren seguimiento ^(4,5).

Psicosis postparto: es una patología poco frecuente pero muy marcada y grave. Los signos y síntomas aparecen dentro de las primeras cuatro semanas postparto e incluyen ilusiones, ideaciones delirantes, alucinaciones, desorganización del habla, bruscos cambios de humor, comportamiento disociativo, trastornos del sueño y obsesiva preocupación por el bebé.

Cuando se detecta requiere de atención urgente, tratamiento antipsicótico y hospitalización inmediata debido al elevado riesgo de suicidio e infanticidio que conlleva. Tiene buen pronóstico en la mayoría de los casos, pero también posibilidad de recurrencia en los siguientes partos de un 30-50% ^(4,5).

Trastornos bipolares (tipo I o II): se caracteriza por episodios de depresión, manía, hipomanía y episodios mixtos maniaco-depresivos. Los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor siguen el mismo criterio diagnóstico, pero la historia previa de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos hacen posible la distinción entre uno y otro ⁽⁵⁾.

Duelo: puede aparecer como consecuencia de la terminación o la pérdida del embarazo, tras la muerte neonatal o tras la pérdida de una persona significativa. La rápida aparición de intensos sentimientos de dolor, disminución del sueño y del apetito, y pensamientos continuos sobre la pérdida pueden mimetizarse con la depresión postparto y desembocar en ella ⁽⁵⁾.

7. Consecuencias

Una depresión perinatal no tratada afecta de forma muy negativa a la madre y al bebé, aumentando la morbilidad tanto durante el embarazo como en el postparto ^(4,14).

Como vemos en el Diagrama 2, la depresión materna tiene consecuencias en los tres períodos y, como ya hemos tratado en puntos anteriores, la depresión prenatal es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la depresión postparto. Si ésta se produce durante el embarazo aumentan las posibilidades de crecimiento intrauterino retardado, partos prematuros y riesgo de que la madre sufra depresión postparto ^(10,11).

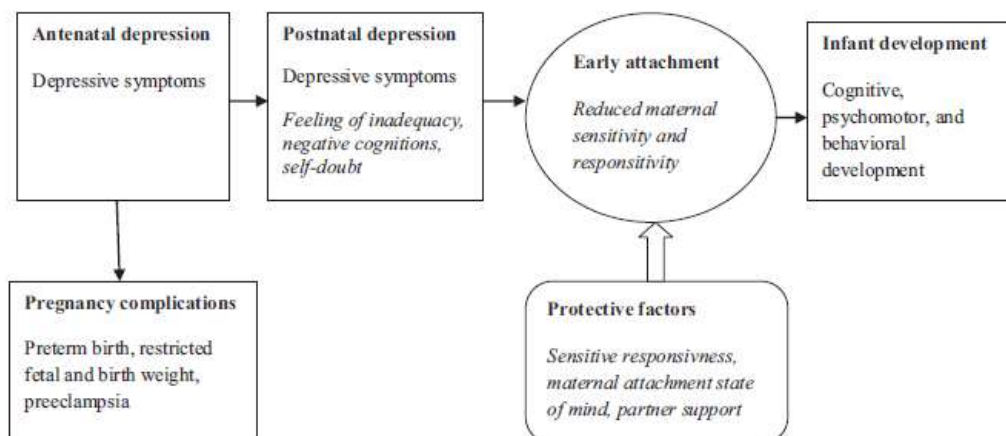


Diagrama 2. Consecuencias de la depresión postparto e intervenciones precoces ⁽⁹⁾.

También se ha demostrado que existe una asociación directa entre la depresión materna y las dificultades en la interacción madre-hijo. La mayoría de las intervenciones dirigidas a la depresión postparto se han centrado únicamente en la madre, sin tener en cuenta la díada madre-hijo y lo que supone para la misma, pues para el bebé también tiene consecuencias muy considerables. En el Diagrama 3 se refleja la importancia de intervenir en dicha interacción ^(4,12).

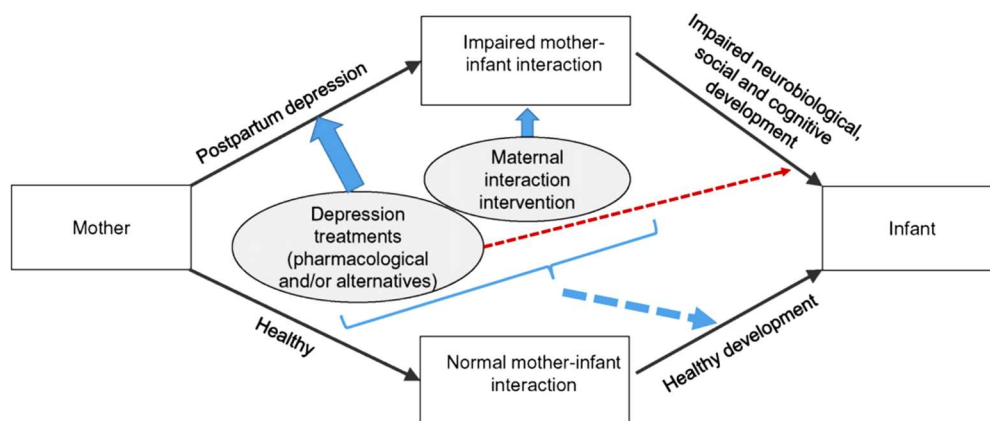


Diagrama 3. Interacción madre-hijo e intervenciones sobre la misma ⁽³⁾.

Los bebés de madres que padecen depresión postparto son más propensos a sufrir enfermedades agudas y/o crónicas y a tener problemas de desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, comunicacional, comportamental y social. En los casos más graves, estas consecuencias se alargan en el tiempo y pueden afectar al crecimiento y desarrollo normal del niño ^(10,13).

Cabe destacar que las consecuencias más extremas de la depresión postparto son el suicidio materno y el infanticidio. Es necesaria una vigilancia exhaustiva sobre la evolución de la patología y sus posibles complicaciones ^(14,15).

8. Detección precoz y abordaje

Para detectar posibles desviaciones de la normalidad, así como para no cometer errores de diagnóstico, debemos conocer cuáles son las conductas normales en el postparto, recogidas a continuación en la Tabla 4.

Fase	Momento	Conducta y tareas maternas
Aceptación	1-2 días postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Contemplación de su experiencia de parto reciente. • Asunción de un rol pasivo y dependencia de otros para su cuidado. • Verbalización acerca del trabajo de parto y el parto. • Sensación de asombro cuando observa al recién nacido.
Apoyo	2-7 días postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor independencia en el autocuidado. • Fuerte interés por cuidar del recién nacido, que suele acompañarse de una falta de confianza acerca de su capacidad de brindar tal cuidado.
Abandono	7 días postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a la maternidad y definición de un nuevo rol como madre y cuidadora. • Abandono de la imagen de fantasía del recién nacido y aceptación de la imagen real. • Reconocimiento del recién nacido como una entidad separada. • Asunción de la responsabilidad y el cuidado del recién nacido.

Tabla 4. Fases conductuales del período postparto ⁽³⁰⁾.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomienda siete escalas de cribaje que son válidas para utilizarlas tanto durante el embarazo como durante el postparto: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Depression Inventory II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) ⁽¹⁾.

Sin embargo, el ACOG no especifica cuál de ellas es más apropiada para el marco concreto de la depresión postparto, pues los instrumentos de diagnóstico son los mismos que para el episodio depresivo mayor: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Por otra parte, tampoco hay consenso en cuanto al momento idóneo en que debe realizarse el cribaje de detección ⁽¹⁾.

La escala más utilizada es la EDPS, y los últimos estudios también sugieren que es la más adecuada para detectar la depresión postparto de forma específica, sensible y precoz. Se tarda entre cinco y diez minutos en completar y, como podemos ver en el Anexo I, consiste en diez preguntas sobre cómo se ha sentido la mujer en los últimos siete días, evaluándose cada respuesta entre 0 y 3 puntos. La puntuación total puede variar entre 0 y 30, siendo 12 o más una puntuación que indica que la mujer padece depresión postparto ^(1,15,16,20,21).

Un abordaje apropiado de la depresión postparto exige que el cribaje se realice, como mínimo, una vez dentro de las primeras seis semanas postparto. También requiere una atención más exhaustiva y precoz en las mujeres con factores de riesgo pues, por ejemplo, como ya hemos tratado en puntos anteriores, la depresión prenatal es un predictor muy importante y asociado a ésta ^(19,22).

Al no ser una patología homogénea, varía mucho el momento de aparición de una mujer a otra, por lo que lo mejor es adaptar el número de veces que se realiza el cribaje según las características de la madre y el criterio del profesional ⁽¹⁹⁾.

Los profesionales de enfermería deberían poseer los conocimientos suficientes acerca de la depresión perinatal, puesto que forma parte de sus competencias académicas básicas. En el Manual NANDA de Diagnósticos Enfermeros, aparecen varios diagnósticos relacionados con esta patología, que la enfermera tiene que ser capaz de asignar a una mujer tras haberla detectado como, por ejemplo: "00221 Proceso de maternidad ineficaz" y "00209 Riesgo de alteración de la díada materno/fetal" ^(17,18).

En la mayoría de los casos el profesional que detecta la depresión materna es el pediatra, médico de familia, enfermera de atención primaria o matrona. Generalmente quien la detecta asesora a la mujer y realiza un primer abordaje de la patología. En función de la capacidad y conocimientos del profesional y de la gravedad de la sintomatología, decidirá si será él quien se encargue de tratarla o, en caso contrario, de derivarla a otro profesional ⁽¹⁶⁾.

9. Papel de la enfermería

Las profesionales más adecuadas para prevenir, detectar y tratar esta patología son las matronas, pues poseen las competencias específicas para el seguimiento del embarazo, parto y postparto. Además, son quienes siguen todo el proceso de forma continuada y conocen en profundidad a la mujer. Por otra parte, las enfermeras pediátricas de atención primaria podrían tener un papel muy aprovechable en la detección, pues continúan viendo a la madre en las visitas rutinarias del bebé, aunque actualmente no disponen del tiempo suficiente como para poder abordar a ambos ^(4,29).

Una buena actuación enfermera, ya sea especialista o generalista, se basa en la exhaustiva valoración de la mujer, del bebé y de su entorno, fomentando una interacción positiva y de apoyo entre los mismos ⁽⁴⁾.

Es deber de las matronas y enfermeras no especialistas, como formación básica, conocer los factores de riesgo de desarrollar esta patología y realizar una prevención y cribaje adecuados en cada visita. Sin embargo, aunque queda constatado que la mayoría de las enfermeras generalistas no tienen los conocimientos suficientes sobre depresión postparto, son capaces de identificar muchos de los factores de riesgo relacionados con la misma ⁽⁴⁾.

Se ha demostrado que una intervención dirigida a profesionales sanitarios acerca de la detección de la depresión postparto resulta efectiva para que éstos adquieran los conocimientos necesarios para saber prevenirla, detectarla y tratarla ⁽⁴⁾.

Se evidencia que, aunque los profesionales de salud que atienden a la mujer no sean expertos en salud mental, también pueden llevar a cabo intervenciones efectivas sobre las mujeres con depresión postparto. Concretamente, la visita domiciliaria a la mujer por parte de la matrona durante el postparto ha demostrado ser una intervención beneficiosa tanto en la detección como en la evolución de ésta ^(4,14,23).

Es importante volver a recalcar que lo más recomendable y muchas veces, fundamental, es la participación de un equipo multidisciplinario, que aborde integralmente a la mujer durante el embarazo, parto y postparto (médicos de familia, pediatras, psiquiatras, matronas, enfermeras no especialistas, psicólogos y trabajadores sociales) ⁽⁴⁾.

Justificación

La depresión postparto es una patología infradiagnosticada e infratratada pese a su elevada incidencia y a la accesibilidad a los medios en los países desarrollados. Este infradiagnóstico muchas veces se debe a que la madre centra su atención en el bienestar del bebé, descuidando su salud, y también al estigma social, vergüenza y temor a las críticas que supone padecer una enfermedad mental, especialmente en un momento de la vida de la mujer que debería ser de felicidad plena ^(22,24,26).

Las mujeres sienten presión respecto al rol materno perfecto que deberían asumir, que junto a la vergüenza y al escaso apoyo social percibido supone un impedimento a la hora de buscar ayuda profesional cuando comienzan a tener síntomas depresivos ⁽²²⁾.

Las matronas, en el ámbito de atención primaria, tienen un papel fundamental en la prevención, detección y acompañamiento de las mujeres que sufren baby blues o depresión postparto. A pesar de su importancia, no todos los centros de salud disponen de los servicios de una matrona, y muchos de los que la tienen, sólo es en uno de los turnos (mañana o tarde).

Pero, por parte de los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología y por la sociedad en general, hay una gran falta de conocimientos y concienciación acerca de su importancia y sus consecuencias. Sólo se conoce una pequeña parte de esta patología, que unido a los ínfimos ratios de mujeres que acceden al tratamiento, hace que sea urgente buscar nuevas formas de prevenir y diagnosticar precozmente la depresión postparto ⁽²⁴⁾.

La enfermería generalista concretamente, centra los cuidados del postparto en la prevención de las complicaciones físicas, dejando de lado en muchas ocasiones las complicaciones psicológicas. Además, las intervenciones de enfermería suelen centrarse sólo en la madre, cuando ya se ha demostrado que las investigaciones futuras deben englobar la díada madre-hijo. Dichas intervenciones son generales para la depresión, sin tener en cuenta que el período perinatal es muy específico ^(24,25).

Cabe destacar que, aunque la herramienta más utilizada para la detección de la depresión postparto sea la EPDS, no existe homogeneidad en la prevención y detección precoz, ni protocolos con pautas claras y específicas sobre cómo, con qué, cuándo o cuántas veces se debe realizar el cribaje ^(1,12).

A partir de estas razones, se llega a la conclusión de que es necesario continuar investigando. Este proyecto educativo dirigido a profesionales debería ser impartido por matronas en los centros de salud, y podría resultar muy útil para mejorar muchas de estas carencias, principalmente el infradiagnóstico y la falta de conocimientos y formación de los profesionales sanitarios no especialistas ⁽²⁷⁾.

Población y captación

Población diana

Este proyecto educativo está dirigido a los profesionales sanitarios no especialistas en ginecología y obstetricia del Centro de Salud Arroyo de la Media Legua, fundamentalmente facultativos y enfermeras. Se encuentra situado en el distrito de Moratalaz de Madrid, concretamente en la Calle del Arroyo de la Media Legua, número 35.

El centro abarca los barrios de Moratalaz y Estrella, cuyas poblaciones son cultural y socioeconómicamente muy diferentes. Cuenta únicamente con una matrona durante el turno de mañana y será quien imparta las sesiones al resto de profesionales con mi apoyo como enfermera por ser la creadora del proyecto.

Podrán acceder a las sesiones todos los profesionales interesados, sea cual sea su turno de trabajo, previa inscripción en Administración para posibilitar una mejor organización.

Captación

El lugar de captación será el propio centro y durará una semana. Estrategias de captación:

- En primer lugar, se solicitará el permiso de la directora del centro para llevar a cabo esta iniciativa en el mismo.
- Se buscarán y acordarán las fechas adecuadas para la realización de las sesiones con el responsable de formación del centro.
- Se dispondrán carteles informativos en los tablones de anuncios de las salas comunes del personal sanitario, cuyo ejemplo de presentación se muestra en el Anexo II.
- Se enviará un correo electrónico informativo a los profesionales del centro.
- Se informará a los profesionales en las reuniones de equipo que se realizan cada semana en el centro.

Objetivos

Objetivos generales

La finalidad del proyecto es que los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología obtengan los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para detectar precozmente la depresión postparto (DPP) en las puérperas con las que tienen contacto en sus respectivas consultas, y saber derivarlas al profesional adecuado para que establezca el tratamiento y seguimiento necesario.

Objetivos específicos

1. Objetivos de conocimientos:

- Los profesionales expresarán la razón de ser de estos talleres.
- Los profesionales enumerarán los beneficios de la detección precoz de la DPP.
- Los profesionales explicarán qué es la DPP y cuáles son sus síntomas.
- Los profesionales describirán la etiología básica de la DPP.
- Los profesionales identificarán y explicarán cuáles son los grupos de factores de riesgo en el desarrollo de la DPP.
- Los profesionales enumerarán cuáles son los diagnósticos diferenciales de la DPP.
- Los profesionales explicarán con detalle las consecuencias de la DPP.
- Los profesionales conocerán la escala EPDS y cuándo utilizarla.

2. Objetivos de habilidades:

- Los profesionales practicarán con ejemplos de casos.
- Los profesionales debatirán sobre cómo actuarían ante los casos propuestos.
- Los profesionales practicarán la utilización de la escala EPDS.
- Los profesionales demostrarán saber utilizar la escala EPDS.

3. Objetivos de actitudes:

- Los profesionales verbalizarán su sincero interés en aprender sobre la DPP.
- Los profesionales debatirán la necesidad de la detección precoz de la DPP.
- Los profesionales expresarán su compromiso con la detección precoz de la DPP.

Metas operativas

- El 100% de los asistentes expresarán la razón de ser de esta intervención educativa.
- El 90% de los asistentes enumerarán los beneficios de la detección precoz de la DPP.
- El 95% de los asistentes explicarán qué es la DPP y cuáles son sus síntomas.
- El 85% de los asistentes describirán la etiología básica de la DPP.
- El 85% de los asistentes identificarán y explicarán cuáles son los grupos de factores de riesgo en el desarrollo de la DPP.
- El 90% de los asistentes enumerarán cuáles son los diagnósticos diferenciales de la DPP.
- El 85% de los asistentes explicarán con detalle las consecuencias de la DPP.
- El 95% de los asistentes conocerán la escala EPDS y cuándo utilizarla.
- El 100% de los asistentes practicarán con ejemplos de casos.
- El 100% de los asistentes debatirán sobre cómo actuarían ante los casos propuestos.
- El 100% de los asistentes practicarán la utilización de la escala EPDS.
- El 90% de los asistentes demostrarán saber utilizar la escala EPDS.
- El 100% de los asistentes verbalizarán su sincero interés en aprender sobre la DPP.
- El 100% de los asistentes debatirán la necesidad de la detección precoz de la DPP.
- El 85% de los asistentes expresarán su compromiso con la detección precoz de la DPP.

Contenidos

1. Presentación del profesorado, del taller, de su misión y de sus objetivos.
2. Definición de depresión postparto y epidemiología.
3. Etiología.
4. Clínica.
5. Factores de riesgo en el desarrollo de la depresión postparto:
 - a. Psicológicos.
 - b. Obstétricos.
 - c. Biológicos.
 - d. Sociales.
 - e. De estilo de vida y personalidad.

6. Diagnóstico diferencial:
 - a. Baby blues.
 - b. Psicosis postparto.
 - c. Trastornos bipolares.
 - d. Duelo.
7. Consecuencias de la depresión postparto para la mujer, el bebé y la familia.
8. Detección precoz y abordaje: utilización de la EPDS en Atención Primaria.
9. Práctica en el cribaje y la utilización de la EPDS.
10. Exposición y debate de casos clínicos.
11. Evaluación del taller y de su utilidad, y de la adquisición de los conocimientos contenidos en el mismo

Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Planificación general

Esta intervención educativa se compondrá de tres sesiones de una hora de duración cada una. Se realizarán los días 9, 16 y 23 de abril de 2018 en horario de 14:00 a 15:00, para conseguir la máxima accesibilidad del personal sanitario. Será imprescindible la asistencia a todas las sesiones para asegurar un aprendizaje significativo.

El número de participantes podrá variar entre 20 y 40 personas, siendo instruidos por un total de 2 docentes, matrona y enfermera.

Las sesiones tendrán lugar en la sala 21 del Centro de Salud Arroyo de la Media Legua, situado en la Calle del Arroyo de la Media Legua, número 35, Madrid. A continuación, en la Tabla 5 se adjunta el cronograma general de esta intervención educativa, y las programaciones específicas de cada sesión en las Tablas 6, 7 y 8.

Se hará una evaluación del proyecto educativo, de acuerdo con las Tablas 9, 10 y 11 en cuanto a la estructura, proceso y resultados del mismo.

Sesión	Fecha	Horario	Contenido principal
1. Introducción a la depresión postparto	9/4/2018	14-15h	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, del profesorado y de los participantes. • Conceptos básicos de la depresión postparto.
2. Importancia de la detección precoz de la depresión postparto.	16/4/2018	14-15h	<ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz y abordaje de la depresión postparto.
3. Práctica, debate y evaluación.	23/4/2018	14-15h	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica y debate de la detección precoz y abordaje. • Evaluación del taller y de los conocimientos adquiridos.

Tabla 5. Cronograma general de la intervención educativa. Elaboración propia.

Sesión 1

Como resume la Tabla 6, al inicio de la sesión, se procederá a una presentación de los educadores y de los asistentes. Después, los educadores explicarán la finalidad del proyecto a través de un PowerPoint. Una vez presentados educadores, asistentes y proyecto, los educadores comenzarán con la exposición teórica ayudados de un PowerPoint. En primer lugar, se explicará qué es la DPP y cuál es su incidencia, tras lo que se expondrá su etiología, su clínica y los grupos de factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de ésta.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los asistentes conozcan al profesorado, se conozcan entre ellos y	Presentación del profesorado, del taller, de su misión y	Charla-coloquio	Pizarra	10 min	Lista de asistencia y observación

conozcan la finalidad del taller	de sus objetivos				
Que los asistentes sepan qué es la DPP y cuál es su incidencia	Definición de DPP y epidemiología	Exposición	Presentación PowerPoint	10 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes sepan las posibles causas de la DPP	Etiología de la DPP	Exposición	Presentación PowerPoint	10 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes reconozcan los signos y síntomas de la DPP	Clínica de la DPP	Exposición	Presentación PowerPoint	15 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes detecten los factores de riesgo de desarrollar DPP	Factores de riesgo en el desarrollo de la DPP	Exposición	Presentación PowerPoint	15 min	Cuestionario final de conocimientos

Tabla 6. Programación de la primera sesión. Elaboración propia.

Sesión 2

Como resume la Tabla 7, en la segunda sesión, los educadores expondrán con un PowerPoint los principales diagnósticos diferenciales que pueden ser confundidos con la DPP e incidirán en las graves consecuencias de una DPP no tratada. Para finalizar, dedicarán la mitad de la sesión a un roleplaying para practicar la detección precoz y el abordaje en consulta por parte de los profesionales sanitarios.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los asistentes conozcan los diagnósticos que pueden confundirse con DPP	Diagnóstico diferencial de la DPP	Exposición	Presentación PowerPoint	15 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes conozcan las consecuencias globales de la DPP	Consecuencias de la DPP	Exposición	Presentación PowerPoint	15 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes sepan cómo detectar precozmente la DPP y cómo abordarla en consulta	Detección precoz y abordaje de la DPP	Exposición	Roleplaying	30 min	Cuestionario final de conocimientos

Tabla 7. Programación de la segunda sesión. Elaboración propia.

Sesión 3

Como resume la Tabla 8, en la última sesión, los educadores abrirán un debate entre los asistentes sobre la necesidad e importancia de la detección precoz de la DPP. Posteriormente expondrán en un PowerPoint casos clínicos sobre los que debatirán los asistentes y después practicarán la utilización de la EPDS. Por último, los educadores repartirán un cuestionario de evaluación de los conocimientos adquiridos en las sesiones y un cuestionario de evaluación de los contenidos y estructura del proyecto en sí.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los asistentes debatan sobre la necesidad de la detección precoz	Debate sobre la necesidad de la detección precoz de la DPP	Discusión	-	10 min	Observación
Que los asistentes debatan los casos clínicos propuestos y practiquen la utilización de la EPDS	Puesta en práctica en común de los conocimientos adquiridos	Discusión y análisis de casos	Presentación PowerPoint y folios de papel en blanco	15 min	Observación
Que el profesorado evalúe los conocimientos adquiridos por los asistentes	Evaluación escrita de los conocimientos adquiridos	Cuestionario	Cuestionario en formato papel	30 min	Cuestionario final de conocimientos
Que los asistentes evalúen el taller	Evaluación escrita de los contenidos y	Cuestionario	Cuestionario en formato papel	5 min	Cuestionario

	estructura del taller				
--	-----------------------	--	--	--	--

Tabla 8. Programación de la tercera sesión. Elaboración propia.

Evaluación

Evaluación de la estructura

La evaluación de la estructura, como resume la Tabla 9 y expone el Cuestionario 1 (Anexo III), valora la adecuación de los recursos humanos y materiales a la finalidad de proyecto.

Al finalizar la tercera sesión, tanto los asistentes como los educadores, en el lugar de intervención, evaluarán a través de un cuestionario diversos aspectos estructurales del proyecto educativo: número de asistentes, número de educadores, adecuación del proceso de captación de la población diana, adecuación del lugar de intervención, número de horas de intervención educativa y materiales utilizados.

<i>¿Qué se evalúa?</i>	<i>¿Quién evalúa?</i>	<i>¿Dónde se evalúa?</i>	<i>¿Cómo se evalúa?</i>	<i>¿Cuándo se evalúa?</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Número de educadores. • Número de asistentes. • Proceso de captación de la población diana. • Lugar adecuado o no a la intervención. • Número de horas de intervención educativa. • Materiales utilizados. 	Educadores y asistentes	En el lugar de intervención	Cuestionario	Al finalizar el proyecto, en la tercera sesión

Tabla 9. Evaluación de la estructura del proyecto educativo. Elaboración propia.

Evaluación del proceso

La evaluación del proceso, como resume la Tabla 10 y expone el Cuestionario 2 (Anexo IV), valora el grado de seguimiento de la metodología elegida en el proyecto educativo. Al finalizar cada sesión, en el lugar de intervención, los educadores evaluarán a través de su observación y una lista de asistentes la asistencia, el clima y el ambiente de las sesiones, además de la adecuación del lugar elegido para la intervención a las necesidades y objetivos del proyecto.

A su vez, los asistentes evaluarán a través de un cuestionario escrito:

- Adecuación del programa del proyecto a sus necesidades.
- Adecuación del número de sesiones, de su duración y de su periodicidad.
- Temporalidad y organización de cada sesión.
- Contenidos del proyecto y objetivos propuestos por los educadores.
- Conocimientos, lenguaje, vocabulario y técnicas educativas de los educadores.
- Formas de evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes.

<i>¿Qué se evalúa?</i>	<i>¿Quién evalúa?</i>	<i>¿Dónde se evalúa?</i>	<i>¿Cómo se evalúa?</i>	<i>¿Cuándo se evalúa?</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia. • Clima. • Adecuación del lugar. 	Educadores	Lugar de intervención	Lista de asistentes y observación	Al inicio de cada sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación del programa a las necesidades de los asistentes. • Número de sesiones. • Duración de las sesiones. • Periodicidad de las sesiones. • Temporalización y organización de las sesiones. 	Asistentes	Lugar de intervención	Cuestionario	Al finalizar el proyecto, en la tercera sesión

<ul style="list-style-type: none"> • Contenidos del proyecto. • Objetivos propuestos. • Conocimientos de los educadores. • Lenguaje y vocabulario de los educadores. • Técnicas educativas. • Formas de evaluación. 				
---	--	--	--	--

Tabla 10. Evaluación del proceso del proyecto educativo. Elaboración propia.

Evaluación de los resultados

La evaluación de resultados, como resume la Tabla 11 y los Cuestionarios 3 y 4 (Anexos V y VI), valora si se han cumplido los objetivos del proyecto educativo. Al finalizar la tercera sesión, en el lugar de intervención, los educadores evaluarán a través de un cuestionario si los asistentes han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes que se proponían al inicio del proyecto. A su vez, los asistentes podrán proponer por escrito mejoras para futuros proyectos.

Tres meses después de finalizar las sesiones, los educadores analizarán en los ordenadores del Centro de Salud las historias clínicas con diagnóstico de DPP y compararán el número de nuevos casos con respecto a antes de la intervención educativa.

¿Qué se evalúa?	¿Quién evalúa?	¿Dónde se evalúa?	¿Cómo se evalúa?	¿Cuándo se evalúa?
Adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes propuestos en el proyecto.	Educadores	En el lugar de intervención	Cuestionario	Al finalizar el proyecto, en la tercera sesión
Propuestas de mejora para futuras intervenciones.	Asistentes	En el lugar de intervención	Cuestionario	Al finalizar el proyecto, en la tercera sesión
Utilización de los conocimientos adquiridos y mejora en la detección precoz de la DPP.	Educadores	En el Centro de Salud	Análisis de historias clínicas con el diagnóstico de DPP y comparación con antes de la intervención	Tres meses después de finalizar el proyecto

Tabla 11. Evaluación de los resultados del proyecto educativo. Elaboración propia.

Bibliografía

1. Paranhos de Albuquerque Moraes G, Lorenzo L, Arruda Reinaux Pontes G, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2017; 39(1):54-61.
2. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Elsevier: Journal of Affective Disorders* 2015; 175:34-52.
3. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Elsevier: Hormones and Behavior* 2016; 77: 153-166.
4. Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *Musas* 2017; 2(1):57-85.
5. Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. *Mayo Clinic Proceedings* 2014; 89(6): 835-844
6. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. *Journal of Education and Health Promotion* 2017; 6:60-66.
7. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Elsevier: Journal of Affective Disorders* 2016; 191:62-77.
8. Warzecha D, Gajda S, Kosinska-Kaczynska K, Szymusik I, Wielgos M. Risk factors for depressive symptoms in early postpartum period and after puerperium - are they the same? *Neuroendocrinology Letters* 2016; 37(6):452-460.
9. Lefkovic E, Baji I, János R. Impacts of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal* 2014; 35(4):354-365.
10. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST* 2015; 12(1):77-87.

11. Accort E, Cheadle A, Schetter C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal* 2015; 19(6): 1306-1337.
12. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G et al. Intervenciones psicológicas en la depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica* 2013; 31(2):249-261.
13. Abdollahi F, Abhari FR, Zarghami M. Postpartum depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica* 2017; 55(2):109-114.
14. Atif N, Lovell K, Rahman A. Maternal mental health: the missing “m” in the global maternal al child health agenda. Elsevier: *Seminars in perinatology* 2015; 39:345-352.
15. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression - a summary of current knowledge. *Journal of the Norwegian Medical Association* 2014; 134(3):297-301.
16. Olin S-CS, Kerker B, Stein REK, et al. Can postpartum depression be managed in pediatric primary care? *Journal of Women’s Health* 2016; 25(4):381-390.
17. NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona; Elsevier España; 2010.
18. Félix TA, Nogueira AG, D’Ávila D, Vieira do Nascimento K, Ximenes FRG, Muniz QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global* 2013; 29:404-419.
19. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:402-410.
20. Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry* 2017; 17:112-121.

21. Owora AH, Carabin H, Reese J, Garwe T. Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: a systematic review. Elsevier: Journal of Affective Disorders 2016; 201:185-193.
22. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista Médica de Chile 2015; 143:887-894.
23. Salazar I, Sáinz JA, García E, Marrugal V, Garrido R. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión postparto. Elsevier: Progresos de obstetricia y ginecología 2011; 54(2):65-70.
24. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Archives Womens Mental Health 2015; 18(1):41-60.
25. Lee EW, Denison FC, Hor K, Reynolds RM. Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16:38-45.
26. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. Current Psychiatry Reports 2014; 16(9):468-482.
27. Byatt N, Levin L, Ziedonis D, Moore T, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review. Obstetrics & Gynecology 2015; 126(5):1048-1058.
28. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatología y reproducción humana 2013; 27(3):185-193.
29. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, sección III (06-05-2009).
30. Butkus SC, editora. Enfermería fácil: enfermería materno-neonatal. 3ª edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2016.

Anexos

Anexo I: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Pamy, C. M. Plontek, Postpartum Depression *N Engl J Med* vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.² The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for "perinatal" depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt *during the previous week*. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women's Health Information Center <www.4women.gov> and from groups such as Postpartum Support International <www.chss.iup.edu/postpartum> and Depression after Delivery <www.depressionafterdelivery.com>.

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30
Possible Depression: 10 or greater
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

1. The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All the items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Plontek, Postpartum Depression *N Engl J Med* vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Anexo II: Cartel informativo de captación



**Detección precoz de la depresión
postparto**



*Tres sesiones impartidas por
la matrona de 14:00 a 15:00,
¡apúntate!*

Anexo III: Cuestionario 1: Evaluación de la estructura

Este cuestionario es de carácter **anónimo**, y trata de evaluar la adecuación de los recursos humanos y materiales a la finalidad de proyecto.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el proyecto:

1. ¿Le ha parecido adecuado el número de educadores?

SÍ NO

2. ¿Le ha parecido adecuado el número de asistentes?

SÍ NO

3. ¿Le ha parecido adecuado el proceso de captación para el proyecto (email, carteles)?

SÍ NO

4. ¿Le ha parecido adecuado el lugar elegido para la realización de las sesiones?

SÍ NO

5. ¿Le ha parecido adecuado el número total de horas de sesiones?

SÍ NO

6. ¿Le han parecido adecuados los materiales utilizados en las sesiones?

SÍ NO

Anexo IV: Cuestionario 2: Evaluación del proceso

Este cuestionario es de carácter **anónimo**, y trata de evaluar el grado de seguimiento de la metodología elegida en el proyecto educativo.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el proyecto:

1. ¿Le ha parecido adecuado a sus necesidades el programa del proyecto?

SÍ NO

2. ¿Le ha parecido adecuado el número de sesiones?

SÍ NO

3. ¿Le ha parecido adecuada la duración de las sesiones?

SÍ NO

4. ¿Le ha parecido adecuada la periodicidad de las sesiones?

SÍ NO

5. ¿Le ha parecido adecuada la temporalización y organización de las sesiones?

SÍ NO

6. ¿Le han parecido adecuados los contenidos del proyecto educativo?

SÍ NO

7. ¿Le han parecido adecuados los objetivos propuestos en el proyecto educativo?

SÍ NO

8. ¿Le han parecido adecuados los conocimientos de los educadores?

SÍ NO

9. ¿Le ha parecido adecuado el lenguaje y vocabulario utilizado por los educadores?

SÍ NO

10. ¿Le han parecido adecuadas las técnicas educativas utilizadas por los educadores?

SÍ NO

11. ¿Le han parecido adecuadas las formas de evaluación?

SÍ NO

Anexo V: Cuestionario 3: Evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas

Nombre y apellidos: _____

Este cuestionario trata de evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas con el proyecto educativo.

Rodee con un círculo la opción correcta:

1. ¿Cuál es la finalidad principal de este proyecto educativo?

- a) Que los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología conozcan cuál es el tratamiento farmacológico de la depresión postparto.
- b) Que los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología obtengan los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para detectar precozmente la depresión postparto.
- c) Que los profesionales sanitarios no especialistas en obstetricia y ginecología obtengan amplios conocimientos sobre la etiología y epidemiología de la depresión postparto.

2. ¿Qué es la depresión postparto?

- a) Una patología psiquiátrica de severidad moderada.
- b) Una enfermedad mental de severidad leve.
- c) Una variación normal del estado de ánimo del período postparto.

3. ¿Cuál es la etiología de la depresión postparto?

- a) Factores de riesgo.
- b) Susceptibilidad biológica por los cambios hormonales.
- c) Factores de riesgo + susceptibilidad biológica por los cambios hormonales.

4. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales de la depresión postparto?

- a) Baby blues, psicosis postparto, trastornos bipolares y duelo.
- b) Baby blues, psicosis postparto, trastorno bipolar tipo I y duelo.
- c) Baby blues, brote psicótico puerperal, trastornos bipolares y duelo.

5. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión postparto?

- a) Tristeza, inestabilidad emocional, crisis de pánico, desesperanza, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad, sentimientos de culpa e inutilidad y cambios en los patrones de sueño y alimentación.
- b) Tristeza, labilidad emocional, psicosis, desesperanza, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad, sentimientos de culpa de inutilidad y cambios en los patrones de sueño y alimentación.
- c) Tristeza, labilidad emocional, ansiedad, desesperanza, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad, sentimientos de culpa e inutilidad y cambios en los patrones de sueño y alimentación.

6. ¿Cuáles son los grupos de factores de riesgo de desarrollar depresión postparto?

- a) Psiquiátricos, obstétricos, biológicos, sociales y de estilo de vida y personalidad.
- b) Psicológicos, obstétricos, biológicos, sociales y de estilo de vida y personalidad.
- c) Psicológicos, ginecológicos, biológicos, sociales y de estilo de vida y personalidad.

7. ¿Cuáles son las consecuencias de la depresión postparto?

- a) Aumento de la morbimortalidad de la madre y el bebé, problemas de desarrollo, dificultades en la interacción madre-hijo, suicidio e infanticidio.
- b) Aumento de la mortalidad de la madre y el bebé, problemas de desarrollo, dificultades en la interacción madre-hijo, suicidio e infanticidio.
- c) Aumento de la morbimortalidad de la madre y el bebé, problemas en el desarrollo cognitivo del bebé, dificultades en la interacción madre-hijo, suicidio e infanticidio.

8. ¿Cuáles son los beneficios de la detección precoz de la depresión postparto?

- a) Evita que los síntomas y las consecuencias se agraven, y mejora el infradiagnóstico y el consecuente infratratamiento.
- b) Ayudar a los profesionales a detectar una depresión postparto poco evidente.
- c) Mejorar la evaluación del trastorno depresivo mayor, ayudando a especificar la depresión postparto.

9. ¿Qué es la EPDS?

- a) Edinburgh Postpartum Depression Scale. Es la escala más utilizada para el cribaje de la depresión postparto.
- b) Edinburgh Postnatal Depression Scale. Es la escala menos utilizada para el cribaje de la depresión postparto.
- c) Edinburgh Postnatal Depression Scale. Es la escala más utilizada para el cribaje de la depresión postparto.

Anexo VI: Cuestionario 4: Propuestas de mejora

Este cuestionario es de carácter **anónimo** y trata de evaluar el grado de satisfacción y las propuestas de mejora para el proyecto educativo.

Rodee con un círculo la opción que mejor valore su experiencia con el proyecto:

1. Globalmente, ¿qué nota le merece este proyecto educativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. A continuación, puede proponer mejoras para futuros proyectos:
