

13

Programa de prevención de Depresión Posparto en adolescentes: Una luz en la niebla

Lidia Franco López
y Concha Rivera Rocamora

Introducción

La maternidad es quizás la experiencia más importante, en la vida de muchas mujeres, biopsicosocialmente hablando; sin embargo la armonía biopsicosocial que se debe tener en el embarazo y la maternidad se ve truncada en ocasiones en el caso de que la madre sea adolescente. Se trata de un acontecimiento trascendente cuyos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales están interrelacionados:

- Aspectos biológicos que hacen referencia a los objetivos de conseguir que nazca un niño sano, pero sin complicaciones o detrimentos para la madre.
- Aspectos psicológicos que apelan a las intensas reacciones emocionales asociadas, a la identidad personal y a la autoestima, a la imagen corporal, al sentimiento de autorrealización y al crecimiento y madurez personal que implica la adaptación a la nueva situación.
- Aspectos sociales que aluden a los cambios de roles de los progenitores, a las interrelaciones de la pareja consigo misma y con su entorno social y afectivo, todo ello configurará el marco y el apoyo social disponible para afrontar la situación, incluso económicamente.

- Aspectos culturales internalizados mediante la socialización, que se refiere a los roles, ritos, creencias y prejuicios de una sociedad en concreto en torno al embarazo, parto y puerperio.

En las últimas décadas la tasa de embarazos adolescentes se ha visto incrementada, debido a la anticipación de la edad de la menarquía, el incremento de adolescentes sexualmente activos y el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, asociado a tabúes, información inadecuada, ideas erróneas, y una baja percepción de cuáles son las conductas de riesgo.

Aunque se producen embarazos no deseados en adolescentes de todo tipo de clase social y nivel cultural, las malas y bajas condiciones socioeconómicas y culturales son destacados factores causales que favorecen el inicio precoz de las relaciones sexuales y el embarazo adolescente, ocurriendo frecuentemente en un marco social, interpersonal y personal de marginación, inestabilidad e inmadurez¹.

Se define como embarazo adolescente aquel en que la edad de la madre se sitúa por debajo de 20 años. El embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo para la salud del bebe como para de la adolescente, cualificándose un embarazo de alto riesgo. Algunos autores señalan que estas embarazadas siguen con frecuencia una dieta inadecuada y acceden a la atención prenatal en un estadio muy avanzado de la gestación, ya que existe una tendencia de la joven a ignorar su situación, bien sea por miedo a la desaprobación familiar o porque a esta edad se es más proclive a demostrar comportamientos arriesgados y se tiene poca conciencia sobre la salud. Los recién nacidos de estas jóvenes son el producto de un embarazo con una mayor probabilidad a sufrir complicaciones, entre las que destacan el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el retraso en el desarrollo, la anemia ferropénica en el primer año de vida e incluso el mayor riesgo de sufrir maltrato físico o psicológico².

En España en el año 1999 la proporción de abortos sobre embarazos en el grupo de edad de 15 a 19 años era del 20,44% y en el año 2001 del 45%. En el Informe de Salud de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) en la Región de Murcia se ve también reflejado este aumento con un total de 13,32%, siendo la ésta la segunda comunidad autónoma con mayor número de IVES, superándose únicamente en Andalucía a nivel nacional³.

El embarazo, el posparto y el puerperio son periodos de mayor vulnerabilidad psíquica para la mujer. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocia con una tasa mayor de Depresión Posparto, por ello, he centrado esta investigación en estas evidencias⁴.

Por ello se dice que la depresión es probablemente la enfermedad materna más frecuente en el posparto. Se estima que afecta a un 13% de las mujeres, es decir, una de cada ocho mujeres en el posparto; tratándose un 26% de ellas, madres adolescentes. En nuestro medio, su prevalencia se cifró en un 13,16% en un estudio en que se aplicó como medida de cribado la Escala de Depresión de Edimburgo, a partir de ahora citada como EDPS, a las 6-8 semanas posparto⁵. En otro estudio más complejo, se estimó una prevalencia de depresión del 10,15% (intervalo de confianza del 95%, 8,43--11,87) cuando se utilizó la entrevista clínica estructurada para el DSM IV a las 6 semanas tras el parto⁶.

Actualmente, en mujeres con factores de riesgo, se aconseja el cribado y tratamiento temprano, pudiendo así reducir significativamente las consecuencias, por ello hay conocerlos muy bien, entre ellos, podemos encontrar que la futura madre tenga antecedentes de Depresión Posparto, antecedentes de depresión sin asociación al puerperio, antecedentes de Trastornos de la alimentación, embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, mujeres inmigrantes, desarraigo cultural, estrés psicosocial en los últimos 6 meses, escasos recursos de contención social (falta de red), condición socioeconómica comprometida, antecedentes de adicciones⁷.

Analizando detalladamente cada uno de los factores de riesgo, las adolescentes pueden ser protagonistas de más de uno de ellos, por ello es muy importante incidir en la prevención valorando y resolviendo los problemas que puedan llegar a tener las adolescentes. Los padres y profesores a menudo son vistos por los adolescentes como figuras autoritarias, viéndose incomprendidas por éstos, mientras que el personal de enfermería es considerado como una figura profesional independiente, lo que facilita nuestro acercamiento con la adolescente, mostrándoles nuestro apoyo y nuestros conocimientos.

La Enfermera de Salud Mental va a utilizar como estrategia de cuidado en la terapia de apoyo el Proceso de Atención Enfermera (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática basándose en el método científico, aplicándolo a la práctica asis-

tencial. Esta herramienta de trabajo unifica criterios de trabajo y permite realizar posteriores estudios para evaluar la efectividad⁸.

Por todo lo descrito anteriormente creemos que este estudio es necesario para determinar cómo la intervención de enfermería puede influir en la resolución de los problemas de las adolescentes para prevenir la Depresión Posparto.

Para ello nos planteamos un programa de Prevención de la Depresión Posparto, donde con la intervención de enfermería y utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, trabajamos los patrones funcionales de Gordon que encontramos alterados en las embarazadas adolescentes.

Material y método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuasi-experimental, donde cada individuo actúa como su propio control y se evalúa su respuesta antes y después de la intervención enfermera. El tipo de estudio utilizado será un ensayo clínico pre y post.

Población

La población diana donde se va a llevar a cabo el estudio es el Área III de Lorca en la Región de Murcia, donde actualmente son un total de 92.865 habitantes, de las cuales, 44.809 son mujeres (INE 2013).

La muestra de nuestro estudio son adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre 13 y 19 años que pertenezcan al Área III de Lorca que cumplan los criterios de inclusión y que deseen participar en el estudio.

El grupo de trabajo constará de 10-12 participantes. Será un grupo homogéneo y abierto, lo que permite adherirse al grupo en cualquier momento de la gestación, ya que el fin del grupo es el apoyo grupal. Dependiendo de la demanda, se harán diferentes grupos, en diferentes días, cada uno, en el que se vayan integrando las participantes dependiendo la etapa gestacional.

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Atención Primaria de Lorca Centro, en donde realizan sus labores asistenciales las matronas que nos cap-

tarán a las adolescentes, desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de Diciembre de 2015, ambos inclusive.

Criterios de inclusión

- Estar embarazada de mínimo 22 semanas de gestación, (penalizado aborto).
- Pertenecer al Área III, perteneciente a la zona de salud de Lorca.
- Edad comprendida entre 13-19 años inclusive.
- Observar, tras la entrevista inicial, factores de riesgo.
- Tener una puntuación $\geq 10-11$ en la escala EDPS.
- Motivación para la participación en dicho programa y disposición para acudir regularmente.
- Aceptación a recibir seguimiento de enfermería, a través del Proceso de Atención enfermera, mediante el consentimiento informado.
- Debida cumplimentación del Consentimiento Informado de padres o tutores.

Criterios de exclusión

- Decisión de llevar a cabo IVE (Interrupción voluntaria del embarazo).
- Padecer otros trastornos psiquiátricos que puedan dificultar el desarrollo de la terapia con normalidad.
- Presentar una capacidad intelectual significativamente baja, que impida la comprensión de los contenidos que se aborden.
- No cumplimiento de los criterios de inclusión.
- No aceptación del estudio.

Instrumentos de medida

A) *Plan de cuidados de enfermería ajustados a criterios de NANDA, NIC Y NOC.*

Como estrategias de cuidados en nuestra terapia de grupo, debemos utilizar instrumentos basados en el método científico que suele denominarse como Proceso de Atención Enfermera (PAE). El PAE es una forma dinámica y sistematizada de proporcionar los cuidados de enfermería, también es la herramienta de trabajo que unifica criterios de trabajo y permite realizar estudios posteriores para evaluar la efectividad⁸.

En este estudio, la recogida de datos será a través de la entrevista inicial y la observación. Para ello, cumplimentaremos los datos personales, los factores de riesgo de la Depresión Posparto, instrumentos de medida y el modelo de valoración, según Joana Fornés basada en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y adaptada para ser usada en el campo de la Salud Mental, válida para la aplicación en la práctica de cualquier modelo o teoría de enfermería.

Todos los datos anteriormente descritos (Instrumentos de medida, Patrones funcionales, Respuestas alteradas, Objetivos de salud e Intervenciones), serán registrados y evaluados pre y pos intervención grupal, para cuantificar así de esta manera la efectividad de la intervención de la enfermera especialista, la mejora biopsicosocial en la madre adolescente y la eficacia de la terapia de apoyo grupal. El sistema de gradación de los datos de NANDA, NOC y NIC será registrado a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que cuantifique los resultados desde el menos al más alterado.

B) *Escala revisada de predictores de la depresión posparto (Postpartum Depression Predictors Inventor, PDPI).*

Es esencial detectar la depresión posparto precozmente en su curso para que las mujeres puedan beneficiarse de un tratamiento temprano. El tratamiento precoz ha demostrado que disminuye la duración de la enfermedad. Beck desarrolló un instrumento basándose en una revisión crítica de la bibliografía respecto a los factores predictores y su propio trabajo cualitativo previo⁷.

No es un instrumento diagnóstico, en él se identifica a las mujeres potencialmente en riesgo de depresión. Es una ayuda dirigida a los profesionales sanitarios para poder pronosticar qué mujeres son vulnerables al desarrollo de la depresión posparto. Puede administrarse durante la atención preconcepcional, el cuidado prenatal y en el posparto. El PDPI debe emplearse como guía para la entrevista inicial entre la mujer y el profesional sanitario, más que como un instrumento de autoevaluación. Aunque no existe una puntuación de corte, el instrumento proporciona una lista de factores que pueden servirnos de ayuda posteriormente, a la hora de la valoración. Estos factores predictivos incluyen la depresión prenatal, el estrés del cuidado del bebé, el estrés vital, la ausencia de

apoyo social, la ansiedad prenatal, la tristeza posparto, la insatisfacción marital y la historia previa de depresión. Una versión actualizada identificó cuatro nuevos predictores entre los que se incluyen, baja autoestima, estado socioeconómico bajo, estado civil (soltera) y la gestación no planeada/ no deseada.

C) *Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPS)* (9).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una medida de autoinforme que fue diseñada y validada por Cox en 1987¹⁰ como un instrumento de *screening* para la detección de la depresión puerperal. Es el más conocido y utilizado en diferentes estudios de Depresión Postparto. Esta escala ha sido traducida a más de 10 países, entre ellos: Francia, Alemania, Italia, Portugal, Suecia, Noruega, Chile, Australia, Arabia Saudita, China, Vietnam, Japón y, recientemente, en España. La escala EDPS se completa en pocos minutos, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas.

El rango de puntuaciones va de 0 a 30. Es autoaplicada, en relación a cómo se ha sentido las madres en la última semana. La validación de la EDPS en nuestro país permite realizar el diagnóstico de Depresión Postparto cuando se obtiene una puntuación igual o mayor de 11, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95,5%, un valor predictivo positivo del 63,2% y un valor predictivo negativo del 97,7%. Con el punto de corte 10/11 de la EDPS, propuesto en la validación Española para identificar la población de riesgo, se sobreestima la tasa de prevalencia de DPP en 12,9%⁵.

Entre la variedad de test de depresión actualmente disponible no se encuentran test específicos para la detección de la depresión durante el embarazo. Deberían desarrollarse con urgencia, preferentemente autoadministrados, libres de influencias culturales y resistentes a la habituación. Mientras no haya un test específico con estas características la EDPS podrían utilizarse para la detección de la depresión anteparto.

En el estudio longitudinal de Avon en el Reino Unido, se verificó que la depresión durante el embarazo es más común que la depresión posparto. De las 9.028 mujeres embarazadas evaluadas con el Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo, casi el 14 % tenía una probable

depresión a las 32 semanas del embarazo en comparación con el 9,1 % de las mujeres a las 8 semanas posparto¹¹.

La EDPS se pasará durante la entrevista inicial, de manera estructurada y autoaplicada, antes y después de la intervención de enfermería, para medir el impacto de la misma para descartar depresión posparto. También se aplicará si durante la intervención fuera necesario y la enfermera especialista de salud mental sospechara de Depresión Posparto.

Método de recogida de datos

Las embarazadas adolescentes que acudan al control del embarazo con la matrona y reúnan los criterios de inclusión, serán informadas de la realización del estudio verbalmente y por escrito.

Si la adolescente acepta la propuesta de participación, la matrona nos la derivará y concertaremos con ella una primera entrevista. Aprovecharemos esta visita, para realizar un contacto inicial. En este, comprobaremos los criterios de inclusión, daremos información más detalladamente de las características y la utilidad del grupo de autoayuda y responderemos a todas las dudas y preguntas que surjan a la adolescente. Posteriormente le proporcionaremos el consentimiento informado a la adolescente para su debida cumplimentación y le entregaremos el consentimiento para que no lo traiga firmado por sus padres o tutores legales.

En el caso que la embarazada no aceptara la participación en el estudio, con la captación de la matrona, contactaremos telefónicamente y le volveremos a replantear la participación en el estudio. Si finalmente la adolescente decide colaborar, concertaremos la primera visita y, si no acepta, quedará excluida del estudio.

Seguidamente en la primera visita concertada para la entrevista inicial, se recopilarán los datos personales de la embarazada, así como los factores de riesgo. Realizaremos una Valoración de Enfermería por patrones funcionales de salud de M. Gordon (Adaptado por J. Fornés¹³) y le pasaremos los instrumentos de medida (Escala de Edimburgo de Depresión Posparto y el Instrumento de los Predictores de la Depresión Posparto). Una vez realizada la entrevista y recopilado todos los datos; la enfermera de Salud Mental examinará los factores de riesgo, los instrumentos de medida y los patrones disfuncionales para poder tener un concepto holístico de la persona. Seguidamente valorará

si reúne los criterios de inclusión, para incluirla o excluirla del grupo. Las adolescentes que no los reúnan se les harán un seguimiento individualizado durante el embarazo. Si en algún momento reunieran los criterios se les incluiría en el grupo, y si no fuese así durante éste, serían reevaluadas después del parto, para descartar Depresión Posparto. Debe mantenerse la vigilancia durante los primeros 3 meses, considerado el período de alto riesgo de trastornos psiquiátricos, con intervalo entre los test de no más de 2 semanas.

Las adolescentes que reúnan los criterios se les incluirá en el grupo y la enfermera de manera individualizada procederá a realizar un Proceso de Atención Enfermera, enumerando una serie de intervenciones (NIC) y de resultados (NOC), que se trabajará en la terapia de autoayuda de manera grupal. Los Diagnósticos de Enfermería que no se puedan trabajar de manera grupal, serán abordados de manera individual por la enfermera.

La enfermera de Salud Mental que lleve a cabo el estudio empleará las siguientes fuentes de datos: Observación directa, utilización de instrumentos de medida e información suministrada por las propias adolescentes que posteriormente se les procederá a realizar el plan de cuidados. La colaboración en el estudio por parte de la adolescente es crucial y para ello es necesario que haya sido bien informada de las características del programa y esté debidamente cumplimentado el consentimiento informado de manera manuscrita.

Análisis estadístico

Se analizarán estadísticamente los datos a través del paquete estadístico SPSS-15.0. Los datos apareados son aquellos que provienen de la medición de una variable en el mismo individuo tras la aplicación de un proceso. Por ello, para valorar la eficacia del programa se utilizará el análisis comparativo de los datos apareados. Las variables cuantitativas se describirán con medidas de tendencia central (media aritmética y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o intervalo intercuartílico). Las variables cualitativas se describirán en frecuencias absolutas y relativas. Así, se recogerán las puntuaciones medias, ítem por ítem, sacadas por los participantes en la valoración específica de enfermería a través del resultado de la gradación del plan de cuidados según el criterio NANDA, NIC y NOC y de la Escala de EDPS, para posteriormente poder comparar las diferencias entre las puntuaciones, antes del inicio del programa, y el valor obtenido tras él. Para conocer la efectividad

del programa de Prevención de la Depresión Posparto se compararán los resultados obtenidos en el pre y post para determinar posibles diferencias mediante pruebas estadísticas de comparación de medias. Se realizará un análisis de varianza (ANOVA). Se considerarán estadísticamente significativos los valores de $P < 0,05$.

Por último, se extraerán las conclusiones del estudio, para poder así fundamentar la efectividad del programa de autoayuda.

Resultados

Como hemos mencionado anteriormente para poder llevar a cabo esta investigación son necesarios aproximadamente 16 meses. Con ello se demostraría si el estudio es efectivo para poder prevenir la Depresión Posparto. No obstante si tras la realización del estudio cuasi-experimental pre y post y la aplicación del programa de apoyo grupal, existiesen diferencias estadísticamente significativas tras el análisis de los datos obtenidos, demostraría la eficacia del programa y se reflejaría en que:

Se habrían cumplido los objetivos de enfermería.

- Los participantes del estudio habrían adquirido conocimientos para aumentar su calidad de vida.
- Habrían mejorado su manejo de ansiedad, autoestima-autoimagen, resolución de problemas y otros temas planteados, según criterios NANDA, NIC y NOC.
- Habrían sido detectadas precozmente los casos de depresión anteparto y posparto.

Discusión

Desde mi profesión de enfermera de Salud Mental, opino que es conveniente utilizar los Patrones funcionales de Gordon adaptados por Joana Fornés¹³ en Salud Mental, ya que obtiene información de la persona en conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino que engloba aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

La Escala de Edimburgo de la Depresión Posparto también nos parece beneficiosa porque trabaja diferentes situaciones por las que puede estar pasando la embarazada o la madre. No obstante son escasas las cuestiones a rellenar, ya que con sólo 10 puntos es difícil determinar si tiene Depresión Posparto.

Debería profundizar cómo se siente cuando tiene al bebé y no generalizar en el temario de las preguntas, por lo que yo añadiría unas pocas cuestiones que introdujeran este temario.

En el campo de la enfermería creo que es necesaria una escala como la de los Predictores de la Depresión Posparto, ya que es una buena guía para utilizarla en la valoración de la paciente para el diagnóstico de la Depresión Posparto. Ésta escala contrasta el periodo del embarazo y el periodo después del parto. También cuestiona sobre aspectos relacionados con el bebé; como el temperamento de éste y el estrés que ocasiona a la madre el cuidado del mismo. Así mismo considero que se queda un poco escueta en los datos a recoger después del parto, ya que se engloban en sólo 3 cuestiones muy generalizadas.

Conclusiones

1. El programa de apoyo grupal puede ser una herramienta útil para enfermería, ya que podemos detectar precozmente la Depresión Posparto en las embarazadas adolescentes.
2. Con la utilización del Proceso de Atención Enfermero aseguramos a la profesión, que pueda definir el campo de su ejercicio profesional garantizando criterios de calidad.
3. A las adolescentes embarazadas se les garantiza calidad en los cuidados de enfermería con las intervenciones trabajamos los autocuidados.
4. Se produce un aumento de la profesionalidad del personal enfermero que realiza intervenciones independientes.
5. La Enfermera consigue más satisfacción a nivel personal puesto que utiliza su propia metodología en un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Gala León FJ, Lupiani Giménez MM, Lupiani Giménez M. Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente. *Rev. Iberoam Fertil Reprod Hum.* Marzo-Abril 2003; 20 (2): 119- 124.
2. Dorta E, Molina J, García Fernández JA, Sierra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos controles. *Rev. Clin Invest Gin Obst* 2004; 31(4):118-23.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Datos estadísticos a nivel nacional de centros que han registrado IVES. (Fecha de acceso marzo 2014). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/embarazo/tablas_figuras.htm
4. Acuña M. Actualización de la depresión posparto. *Rev. Evidencia en Atención Primaria.* Diciembre 2002; 5(6): 180-183.
5. Arbat A, Inma Danés. Depresión Posparto. *Rev. Med Clin (Barc)* 2003; 121(17): 673-675.
6. Ascaso Terrén C, García Esteve L, Navarro P, Agudo J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. Med Clin (Barc)* 2003; 120: 326-9.
7. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Rev. Nurs Res* 1996; 45: 297-303.
8. Tejedor MJ, Etxabe MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Madrid. Ed Glose; 2007.
9. Vilouta M, Álvarez Silvares E, Borrajo E, González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Rev. Clin Invest Gin Obst.* 2006; 33(6):208-11.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Rev. Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
11. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Rev. BMJ* 2001; 323: 257-260
12. Holly P. Kennedy, CNM, PhD, Cheryl T. Beck, CNM, DNSc, Jeanne W. Driscoll, MS, APRN, BC. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Rev. Matronas Prof* 2003; 4 (13): 4-18
13. Fornés Vives, J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica Panamericana*, 2011.

Anexo I

Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPS)

Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Se trata de un cuestionario anónimo:

En los últimos 7 días:

- 1) *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*
 0. Tanto como siempre.
 1. No tanto ahora.
 2. Mucho menos.
 3. No, no he podido.

- 2) *He mirado al futuro con placer:*
 0. Tanto como siempre.
 1. No tanto ahora.
 2. Mucho menos.
 3. No, no he podido.

- 3) *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*
 0. Sí, casi siempre.
 1. Sí, algunas veces.
 2. No muy a menudo.
 3. No, nunca.

- 4) *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*
 0. No, nada.
 1. Casi nada.
 2. Sí, a veces.
 3. Sí, a menudo.

5) *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*

- 0. Sí, bastante.
- 1. Sí, a veces.
- 2. No, no mucho.
- 3. No, nada.

6) *Las cosas me agobian:*

- 0. Sí, casi siempre.
- 1. Sí, a veces.
- 2. No, no mucho.
- 3. No, nada.

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

- 0. Sí, casi siempre.
- 1. Sí, a menudo.
- 2. No, muy a menudo.
- 3. No, nada.

8) *Me he sentido triste y desgracia:*

- 0. Sí, casi siempre.
- 1. Sí, bastante a menudo

Anexo II

Escalas revisadas de predictores de la depresión posparto (Postpartum Depression Predictors Inventory, PDPI)12.

DURANTE LA GESTACIÓN (Subraye uno por cada apartado)

Estado Civil:

1. Soltera.
2. Casada/Cohabita.
3. Separada.
4. Divorciada.
5. Viuda.
6. Parejas.

Estado socioeconómico:

1. Bajo.
2. Medio.
3. Alto.

Autoestima:

- ¿Se siente bien consigo misma como persona? 1). SI 2). NO
- ¿Se siente útil? 1). SI 2). NO
- ¿Siente que posee diversas buenas cualidades como persona? 1). SI 2). NO

Depresión prenatal:

- ¿Se ha sentido deprimida durante la gestación? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuándo y por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuán leve o grave considera usted su depresión? 1). SI 2). NO

Ansiedad prenatal:

- ¿Se ha sentido ansiosa durante la gestación? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿Cuánto tiempo se ha sentido de esta manera? 1). SI 2). NO

Gestación no planteada /no deseada:

- ¿Fue una gestación planificada? 1). SI 2). NO
- ¿No desea la gestación? 1). SI 2). NO

Historia de depresión previa:

- Antes de la gestación, ¿había estado alguna vez deprimida? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuándo experimentó esta depresión? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿ha estado usted bajo supervisión médica durante la pasada depresión? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿prescribió su médico alguna medicación para la depresión? 1). SI 2). NO

Apoyo social:

- ¿Cree que recibe un apoyo emocional adecuado por parte de su compañero? 1). SI 2). NO
- ¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su compañero (Por ej., ayuda con las tareas

Anexo III

“Programa de autoayuda de prevención de la depresión posparto”

DEFINICIÓN DE TERAPIA DE GRUPO:

Consiste en incluir en un grupo a personas con problemas emocionales, que guiada por uno o varios profesionales, tienen el propósito de ayudarse las unas a las otras a vencer sus dificultades. Enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias. Se pretende enseñar a los miembros estrategias para vencer sus problemas actuales y afrontar los futuros. Desarrolla sentido de solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión. Propicia oportunidades para despejar errores y mitos, con discreción.

Esta terapia sigue un enfoque psicoeducativo, puesto que se trata de una experiencia didáctica semiestructurada, ya que durante algunas sesiones, se dará material de apoyo, para complementar la terapia. Así se logrará mayor interés y atención de las adolescentes. Esto se llevará a cabo, cuando se dé a conocer nuevas ideas o informaciones.

Es importante hacer una valoración previa a la terapia de grupo, para comparar los resultados posteriores a la intervención enfermera.

VENTAJAS DEL ENFOQUE GRUPAL:

Se aprende de los compañeros. Este formato permite observar a otros miembros del grupo a utilizar las estrategias que se les están enseñando.

Se promueve la independencia. El grupo se anima entre sí a confiar unos en otros para obtener apoyo y dirección.

Supone en ocasiones un contexto más real para la práctica de las habilidades.

El compromiso público de que se pretende cambiar parece incrementar la posibilidad de que el cambio ocurra.

La percepción de que los otros miembros están teniendo éxito puede motivar al resto.

El conocer que existen otras personas con problemas similares o parecidos disminuye la sensación de aislamiento y desesperación.

El formato grupal es más económico, tanto en tiempo como en esfuerzo.

OBJETIVO GENERAL DE LA TERAPIA:

Prevenir la depresión posparto a través de la intervención de la terapia grupal.

OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA TERAPIA:

Fortalecer e incrementar la autoestima y la habilidad para tomar decisiones, pensando en su propio futuro y bienestar.

Aumentar los conocimientos sobre la etapa del embarazo y el posparto.

Disminuir la ansiedad, a través del conocimiento de técnicas de relajación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA TERAPIA:

Duración total de la terapia de autoayuda: 12 meses

Nº de sesiones será ilimitado hasta alta terapéutica.

La periodicidad de las sesiones serán semanales.

Tiempo empleado en cada sesión: entre una hora y media y dos horas.

La terapia se estructura en módulos que estos a su vez se subdividen en sesiones que pueden durar más de un día (metodología del programa).

El esquema que se seguirá en las sesiones puede verse moldeado dependiendo de las demandas y de los patrones disfuncionales que posean en concreto las participantes. Se utilizará como guía semiestructurada, lo que a continuación se describe pudiendo ser flexibles en algunas sesiones:

Se valora el estado de los pacientes durante la semana; expresando sus ideas y sus inquietudes, así como los problemas que han tenido durante ésta.

Se repasan las tareas mandadas para casa.

Se plantean los objetivos de la sesión.

Se explican y modelan las estrategias correspondientes.

Se llevarán a cabo en la sala.

Se prescriben nuevas tareas para casa.

Siempre se acaba la sesión "en positivo".

Lugar de realización: Las sesiones se realizaran en la sala multiusos habilitada para tal fin en el Centro de Salud de At. Primaria.

METODOLOGÍA DE LAS SESIONES:

Las sesiones estarán dirigidas por un terapeuta (Una enfermera especialista en salud mental) y un coterapeuta (que será un profesional sanitario con conocimientos en terapia grupal, en este caso otra especialista de S. Mental).

El terapeuta principal es el que estructurará las sesiones del grupo y mostrará apoyo y estímulo a los participantes. Deberá señalar y enfatizar siempre lo positivo en el feedback, evitando la crítica negativa.

El coterapeuta apoyará al terapeuta principal, observando a los participantes (reacciones emocionales y expresiones no verbales que indiquen incompreensión, rabia, etc.), servirá como rol modelo y asistirá a los miembros en situaciones difíciles, hará observaciones sobre los procesos del grupo. También será función del coterapeuta realizar el diario de sesiones.

Cada sesión constará de una parte de exposición de contenidos específicos por parte del terapeuta; otra parte de actividades sobre dichos temas a realizar por el grupo en la sesión y otra parte de tareas para casa que se revisarán al principio de la sesión siguiente.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO:

Nº de participantes: 10-12 participantes por grupo.

El grupo será homogéneo y abierto, lo que permite adherirse al grupo en cualquier momento de la gestación, ya que el fin del grupo es el apoyo grupal.

REGLAS BÁSICAS DEL GRUPO:

Asistencia: se piden a los participantes su compromiso a asistir a todas las sesiones, o a su mayoría para que puedan beneficiarse al máximo de la terapia.

Confidencialidad: es preciso dejar claro que no se debe revelar lo que se habla en grupo, para que los miembros se sientan cómodos y puedan describir sus problemas. Y que lo comentado en este, no se comentará fuera del grupo.

Puntualidad: se requiere esta norma para evitar repetir las tareas iniciales de la terapia cuando se incorporan los sujetos rezagados, entorpeciendo así el normal funcionamiento del grupo.

Participación Activa: Para aprovechar la intervención sanitaria será fundamental que los miembros del grupo participen en las sesiones, porque es la forma de aprender unos de otros. Se ha estudiado que los miembros que más intervienen son los que mayores beneficios obtienen.

Realización de las tareas de casa: el trabajo de práctica fuera de las sesiones es indispensable para que se consoliden y se generalicen los cambios

Respeto: Cualquier burla o comentario por opiniones de otros miembros supondrá la expulsión automática del grupo. Se dejará claro desde el primer momento a todos los miembros del grupo la necesidad de respetar todas las opiniones aunque no se compartan

Se realizará un contrato grupal incluyendo los siguientes elementos: objetivos, asistencia, contenido, contactos extragrupal y confidencialidad.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE AUTOAYUDA:

Las actividades que se llevarán a cabo durante la terapia de autoayuda, dependerá de los patrones disfuncionales que se obtengan en la valoración de enfermería en cada caso, dependiendo siempre de las componentes de un grupo. Por lo que éstas no serán iguales en dos grupos diferentes, ya que se hace una valoración holística individualizada de las adolescentes, proponiendo una serie de actividades, que se guiaran de manera grupal, y si esto no fuese oportuno o necesario, se guiará de manera individualizada. También se trabajará en grupo temas que demanden las propias participantes y que de alguna manera sean de interés. Es por ello, por lo que se justifica que la terapia pueda ser abierta.

A continuación se propone una serie de actividades, que se pueden llevar a cabo en la terapia de autoayuda, pudiéndose ver modificadas en cualquier momento de la terapia.

MODULOS:

MODULO DE PROBLEMAS DEL EMBARAZO Y MATERNIDAD.

Este modulo, es meramente informativo y docente. En él se informará a todas las participantes de las etapas del embarazo, de la alimentación que

deben de seguir y de los cambios físicos y emocionales que van a sufrir. También se comentarán las complicaciones que pueden tener en el embarazo, parto y puerperio. Se explicará el concepto de Depresión Posparto, así como la manera de prevenirla, primeros síntomas de ésta y actuación inmediata en caso de tenerla. Este módulo es muy eficiente en la embarazada, ya que el no conocimiento de algunas áreas del embarazo y de la maternidad, llevan a las gestantes, a sufrir una incertidumbre y un malestar. Es por ello, que a través de la terapia de autoayuda, entre todas las participantes, harán reforzar todos aquellos desconocimientos, que tenían antes de la terapia, y se sentirán reforzadas y acompañadas en este proceso, a través de sentirse reconocidas por sus iguales en su nueva situación de madre adolescente. Durante 1 sesión serán invitadas una sexóloga y una matrona. La sexóloga, les dará una charla sobre anticoncepción para prevenir segundos embarazos, ETS, y resolución de dudas que puedan tener las adolescentes con respecto a una salud sexual, también les proporcionará su ubicación en planificación familiar, para posteriores demandas. La matrona les dará una charla sobre cuidados del posparto, tanto a nivel propio, curas de episiotomías, así como cuidados del bebe (limpieza del cordón umbilical, baño del recién nacido), también serán abordados temas como la lactancia materna y sus beneficios, como se lleva a cabo, etc.

MODULO DE MANEJO ANSIEDAD/RELAJACIÓN.

Se enseñará el concepto de ansiedad, los mecanismos fisiológicos y patológicos de ésta, cómo se maneja la ansiedad y cómo actuar ante ella, instruyendo en técnicas de relajación, como la respiración profunda y la tensión de músculos así como otras técnicas como la evocación, etc. Este módulo es ideal tanto para la etapa del embarazo, para relajar toda la musculatura pélvica y llegar al parto, en unas condiciones óptimas, así como en el posparto, para relajar tensiones llevadas en el trabajo del parto y la nueva situación de maternidad, que haga que en algunas ocasiones, se saturen las nuevas parturientas. Estos métodos se llevarán a cabo mediante colchonetas, ejercitando la práctica de estas técnicas, para su posterior entrenamiento en casa.

MODULO DE AFRONTAMIENTO/RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Enseñarles un procedimiento sencillo y efectivo para aprender a idear soluciones a los problemas diarios que se dan en la convivencia familiar, soluciones que se acoplen a su caso y a los medios de los que disponen. Aprender una estrategia que les permita mejorar la expresión y control de sus emociones y con ello mejoren la convivencia y relación con su hijo. En las sesiones abordaremos estos contenidos:

Concepto y fases de entrenamiento en solución de problemas.

Se priorizarán los principales problemas de cada participante para su puesta en común y resolución en grupo.

MODULO DE AUTOESTIMA-AUTOIMAGEN.

Se enseñará a aprender acerca de “sí misma como persona”, autocontrol de su persona y responsabilidades y derechos de ésta. También se le reforzará los cambios físicos que ocurren en su cuerpo, ya que en pocos meses, su imagen corporal cambia bruscamente, su rol pasa de niña a madre, sin saber bien cómo actuar. También le ayudaremos a valorar las relaciones interpersonales, con su pareja, si es el caso, con familiares y amigos, para que les sirva a sentirse acompañadas en este proceso.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS:

Se utilizarán una serie de técnicas participativas para el aprendizaje activo de las habilidades y de la información que los terapeutas brinden al grupo. Estas técnicas generarán un ambiente de participación en el grupo, ayudan a compartir espacios y tiempos del vínculo grupal.

Estas técnicas llevan integradas las ideas de creatividad y de juego, necesarias para que las adolescentes pierdan la vergüenza y aporten opiniones al grupo. Algunas de estas técnicas serán:

- **DINÁMICAS DE GRUPO:** desde el punto de vista de la técnica, se define dinámica de grupo como un conjunto de procedimientos y medios para ser utilizados en situaciones grupales con el fin de que se manifieste de manera más expresa los fenómenos, hechos y procesos

grupales que se están viviendo en el seno del grupo en el que se aplican. Estas técnicas facilitan la comunicación interpersonal, nos ayudan a percibir la realidad, analizarla y buscar caminos de transformación.

- JUEGOS Y ACTIVIDADES: se usan como elementos didácticos que ofrecen la posibilidad de aprender. Propondremos a las adolescentes, participar en la asistencia de una sesión en una piscina con sus bebés, para reforzar el afecto materno-filial.
- DISCUSIÓN O DEBATE: permite la aportación de opiniones que tiene el grupo sobre un tema, de esta forma se conocerán todos los aspectos del tema a tratar.
- LLUVIA DE IDEAS (BRAINSTORMING): La lluvia de ideas es una manera en que los grupos generan tantas ideas como sea posible en un período muy breve aprovechando la energía del grupo y la creatividad individual.
- ROLE-PLAYNG: Recurso dramático que permite la posibilidad de “jugar” a la vez que se corrigen y pulen conductas que en un principio son inadecuadas en el desempeño de un rol.