



# LOS PRIMEROS DÍAS CON MI BEBÉ

## *PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LOS NUEVOS PADRES Y MADRES JÓVENES*

---

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: Alba María Alonso Segura

Universidad Autónoma de Madrid: Facultad de  
Medicina

Grado de Enfermería

Tutora: Ana María Palmar Santos

Curso Académico: 2018/2019

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi familia, a la tutora, a mis compañeros de la universidad,  
y a los padres y madres que participaron en el proyecto,  
por escucharme, ayudarme y apoyarme en todo momento.*

*Gracias.*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN/ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
<b>PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<i>FACTORES AMBIENTALES.....</i>	<i>6</i>
<i>FACTORES PERSONALES.....</i>	<i>13</i>
<i>ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTOS .....</i>	<i>18</i>
<i>POBLACIÓN DIANA Y CAPTACIÓN.....</i>	<i>20</i>
<i>OBJETIVOS.....</i>	<i>21</i>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
<i>SESIONES EDUCATIVAS.....</i>	<i>22</i>
<i>EQUIPO DOCENTE .....</i>	<i>23</i>
<i>REUNIONES DE COORDINACIÓN.....</i>	<i>23</i>
<i>Sesión 0: Nos Conocemos .....</i>	<i>24</i>
<i>Sesión 1: ¿Cómo me siento?.....</i>	<i>25</i>
<i>Sesión 2: Mi salud es importante .....</i>	<i>26</i>
<i>Sesión 3: Construyo bienestar .....</i>	<i>27</i>
<i>Sesión 4: Mi realidad diaria .....</i>	<i>28</i>
<i>Sesión 5: Sobre ruedas.....</i>	<i>29</i>
<i>Sesión 6: Un regalo para todos .....</i>	<i>30</i>
<b>EVALUACIÓN.....</b>	<b>31</b>
<i>MEMORIA FINAL del proyecto de educación:</i>	
<i>EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA .....</i>	<i>31</i>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>40</b>

## RESUMEN

Se plantea un proyecto de educación para la salud realizado por Enfermería para los nuevos padres y madres jóvenes. Dicha población presenta mayor probabilidad de afrontar negativamente este proceso debido a factores personales (conocimientos, emociones...etc.) y factores ambientales (socioeconómicas, culturales...etc.).

Esta alfabetización sanitaria se realizará mediante distintas técnicas educativas (role playing, tormenta de ideas...) y se plantean distintos objetivos específicos para cada actividad, con el objetivo general de que desarrollen y mejoren sus capacidades (conocimientos, habilidades y emociones) para afrontar de forma saludable este nuevo proceso vital.

La evaluación del proyecto se realizaría a nivel de su estructura, proceso, y de los resultados obtenidos, mediante distintas herramientas de evaluación (el guion del observador, la autoevaluaciones de satisfacción...).

**Palabras clave:** Enfermería, Educación para la Salud, transición vital, maternidad, paternidad, jóvenes, adolescentes, adultos emergentes, afrontamiento, adaptativo, saludable.

## ABSTRACT

It has been proposed an Educational Health Project by Nursing for young parents. That population presents bigger chances of facing negatively this process due to personal factors (knowledge, emotions...etc.) and environmental ones (socioeconomic, cultural...etc.).

This sanitary upbringing will be conducted by different educative techniques (role-playing, brain storming...) and different goals will be set out to each activity, with a main objective of developing and improving their capacities (knowledge, abilities and emotions) to face in a healthy way this new vital process.

The evaluation of the project would be accomplish in a structural and procedural level, just as by the results obtained, through different evaluative tools (the paper of the observer, the analysis of the activities and the satisfaction's self-evaluation...).

**Key words:** Nursing, Health Education, life transition, maternity, paternity, youth, adolescents, emerging adulthood, confrontation, adaptive, healthy.

## PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (1)

### **1. TÍTULO DEL PROYECTO**

Proyecto de Educación para la Salud para nuevos padres y madres jóvenes.

### **2. ÁMBITO**

Centro de Salud San Andrés (Barrio de San Andrés/Villaverde).

### **3. GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE VA DIRIGIDO**

Adolescentes y adultos emergentes (hasta los 29 años).

### **4. SEXO**

Mujeres y hombres.

### **5. ÁREA TEMÁTICA**

Transición vital a la maternidad y paternidad.

### **6. POBLACIÓN DIANA**

Los criterios de inclusión son: Padres y madres adolescentes y adultos emergentes (hasta 29 años de edad), con un único hijo menor de 1 mes de vida. Los criterios de exclusión son: Padres y madres extranjeros que no hablan español; Padres y madres hospitalizados o con sus bebés hospitalizados; Padres y madres diagnosticados de psicosis postparto; Padres y madres con alto nivel socioeconómico que cuenten con redes de apoyo y recursos superiores a la media.

### **7. OBJETIVO GENERAL**

Promover un afrontamiento saludable en la transición vital: ser padre y madre joven.

### **8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la importancia del autocuidado en la maternidad y paternidad.
- Conocer el calendario de vacunas del bebé.
- Reconocer las señales del bebé y saber cómo actuar.
- Reconocer los cuidados básicos del bebé.
- Aumentar los conocimientos sobre el uso de la estimulación del desarrollo mental, psicomotor y del apego seguro del bebé.
- Reflexionar sobre esta transición vital y lo que le rodea.
- Desarrollar el manejo de sus emociones mediante el autoconocimiento.

- Plantear estrategias para que sean capaces de compaginar la formación académica a la vida familiar.
- Desarrollar un buen manejo de la información disponible y búsqueda de apoyo a través de las TICs.
- Desarrollar habilidades sociales para una buena integración y actividad social.
- Desarrollar la capacidad de gestión del ocio y del tiempo libre.
- Incrementar la capacidad de organización de las tareas y cuidados del bebé.
- Desarrollar estrategias para generar apego seguro con el bebé.
- Identificar actitudes que mejoren la autoestima.
- Incrementar las actitudes de motivación con el proyecto de vida propio.
- Desarrollar actitudes de calidez emocional, vínculo, apego seguro y afecto con el bebé.

## **9. CAPTACIÓN**

La captación se realizaría desde las consultas de enfermería y de médicos de familia de dicho Centro de Salud, y desde la consulta de la matrona, situada en el Centro de Salud Los Ángeles. Se abriría una agenda de captación específica en ambos centros, en la que dichos profesionales de salud podrían registrar a los participantes. También se colocarían carteles informativos en dichas instalaciones sanitarias para poder ampliar la captación. El grupo real lo conformarán como máximo 20 participantes.

## **10. METODOLOGÍA**

Las sesiones consistirían en la consecución de 7 sesiones con una duración de 60-75 minutos. Se realizarían dos sesiones por semana, lunes y jueves. Se desarrollarán en la sala multiusos del Centro de Salud con el material correspondiente para cada sesión. La penúltima sesión se realizará en un lugar público fuera del centro. En alguna de las sesiones, los bebés se quedarán en otra sala habilitada en el Centro de Salud con un par de educadores/as infantiles para que la atención de los padres y madres a la sesión sea mayor.

## **11. DOCENTES**

Dos enfermeros/as del Centro de Salud San Andrés, un Psicólogo/a y un Fisioterapeuta del Área de referencia.

## **12. EVALUACIÓN**

Herramientas de evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados: Análisis de actividades, Reuniones de los observadores, Guion de observación, test de caras, tormenta de ideas, coloquios, semáforo de colores, y autoevaluación de satisfacción.

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo supone para el padre y la madre una nueva etapa de cambios a nivel biopsicosocial, en la estructura familiar y en su entorno. Además, de forma simultánea los progenitores deben afrontar la dinámica de las transiciones de su ciclo vital individual (adolescencia, adultez emergente<sup>1</sup>, temprana...) (2-4). Todos estos cambios implican la alteración del equilibrio que hasta ese momento existía.

Los nuevos padres y madres van a llevar a cabo una serie de comportamientos producto de la interacción de múltiples factores: las características personales del individuo, su etapa vital, las condiciones de vida, el entorno próximo, los modelos y valores socioculturales...etc. Así pues, estos factores van a condicionar sus comportamientos, y estos a su vez, van a facilitar o dificultar el afrontamiento de la transición vital a ser madre o padre. Por ejemplo, se plantean diferentes comportamientos en función de factores como la etapa vital: la paternidad en un padre con 16 años puede ser distinta al de otro padre que tiene 30 años.

La educación realizada por el personal de Enfermería por medio de la Educación para la Salud (EpS) es una herramienta de adquisición de capacidades con el objetivo de que los comportamientos de la población se orienten hacia procesos positivos y saludables, por medio del desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes. Esta educación en las transiciones vitales es considerada una intervención prioritaria, incluso la Ley 14/86 General de Sanidad en España y la Organización Mundial de la Salud afirman que dicha alfabetización sanitaria debe estar garantizada en la población con el objetivo de promover su salud (5). En la práctica, los resultados de estas intervenciones en los nuevos padres y madres mediante talleres grupales (6) son positivos ya que promueven dicho afrontamiento adaptativo.

Los padres y madres jóvenes (adolescentes y adultos emergentes) cuentan con una serie de factores externos e internos añadidos que les generan mayor probabilidad de tener comportamientos negativos para su salud y la del bebé. Algunos de estos factores son el desempleo mayoritario (7), el retraso de su emancipación (8) y la falta de madurez.

---

<sup>1</sup> *Adultez emergente*: Término acuñado por Jeffrey Arnett que define a la población entre 18 y 29 años, que transita de la adolescencia a la adultez (2).

Tras los comportamientos negativos para la salud, suelen aparecer crisis de pareja, con la familia o amigos, y procesos patológicos en su salud mental (ansiedad, tristeza o depresión postparto, entre otras). Además, se ha comprobado que la repercusión que tienen las madres con dichas patologías se extiende a la salud del bebé, que suele cursar con índices mayores de hiperactividad en la infancia, conductas agresivas, déficit de atención, depresión en la juventud, menor autoestima y relaciones sociales dificultosas (6).

Como ya hemos visto, los comportamientos difieren en cada persona según diversos factores. Estos se pueden clasificar según plantea la Guía de Educación para la Salud de Navarra (9) en: factores biológicos, factores ambientales (entorno social y entorno interno) y factores personales (emociones, habilidades y conocimiento).

Seguidamente se plantean aspectos de análisis de factores de comportamiento en esta población. Con el objetivo de enriquecer este análisis mediante el acercamiento a la realidad que viven, se elaboró un cuestionario ad hoc (Anexo 1) dirigido a un grupo de población que presenta características socioeconómicas y culturales similares a las del barrio donde se realizará el proyecto.

La consulta de la literatura y el análisis de la exploración en el grupo de población dieron como resultado:



## **FACTORES AMBIENTALES**

### **Entorno social:**

Atendiendo a los resultados estadísticos, el número de hogares en el 2018 ha aumentado respecto al año anterior y el tamaño medio de ellos es menor que en los años precedentes, con 2,49 personas por hogar. Esto se debe a que el número de hogares unipersonales y monoparentales está aumentando en los últimos años. Los hogares de parejas con hijos corresponden al 34,4% de ellos, seguido de los hogares unipersonales (25,4%), las parejas sin hijos (21,3%) y los hogares monoparentales que suponen el 10% (10).

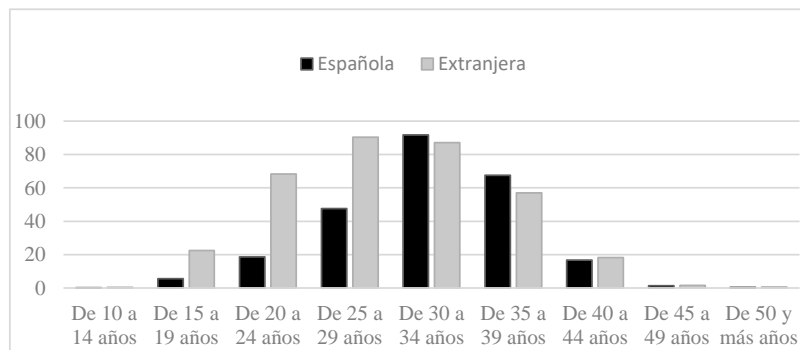
Según los datos del 2016, de estas últimas familias, el 46 % de los nacidos eran de madre no casada. En 2017 el Instituto Nacional de Estadística publicó que el 82% de los hogares monoparentales eran de madre, y los de padre un 18% (11). En ambos hogares, las personas viudas son las que ocupan mayores porcentajes seguidas por los divorciados y los solteros.

De la influencia que tienen las familias monoparentales de madre o padre en el afrontamiento de la maternidad y paternidad, los resultados de los estudios demuestran que no contar con un compañero/a empeora dicha transición. Es decir, no es el hecho de la soltería o monoparentalidad, si no la falta de un apoyo cercano en el hogar, ya que la evaluación final es similar en parejas cuya relación es pobre (6, 12, 13).

En el último semestre de 2017, podemos observar que la tasa de emancipación residencial está disminuyendo ligeramente entre la población de 25 y 29 años, de forma más notable entre los que tienen 30 y 34 años. Aun así, la tasa de emancipación de los jóvenes entre 16-24 años es la menor, con un 6,3%, mientras que para los de 25-29 años es del 40,4% y entre los 30 y 34 años es del 71,1% (8).

Con respecto a la edad que las madres tienen cuando conciben a sus hijos, esta difiere entre las españolas y las extranjeras que viven en España. La edad media actual de las madres españolas es de 32 años, y en las extranjeras de 30 años. Datos que aumentaron de forma drástica desde hace varias décadas, y que en los últimos años van en ligero aumento. La concepción del segundo hijo se mantiene en 34 años en la madre española y en 31 años en las extranjeras. Cabe mencionar que los nacidos de madres extranjeras entre

15 y 20 años quintuplican (Figura 1) a los de las españolas (14). En 2015 estos nacimientos supusieron el 2% del total en el país y las cifras se mantienen estables en los últimos años (15).



**Figura 1.** Tasas de Fecundidad según nacionalidad (española/extranjera) y grupo de edad de la madre, 2017. Fuente de datos: Elaboración propia a partir de (14).

Relacionado con ello, las investigaciones han demostrado que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materno-fetal, con mayores índices de depresión postparto, síndrome de muerte súbita del lactante, bajo peso del bebé al nacer o apego menos efectivo, que las madres con mayor edad (6, 15-18).

En cuanto a la tasa de natalidad (nacidos por mil habitantes) y de fecundidad, las cifras están disminuyendo considerablemente cada año, siendo respectivamente 8,41 nacidos por mil y 34,78 nacidos por mil mujeres en España. (14) Esta disminución tiene múltiples posibles causas, algunas de ellas pueden ser el aumento de la edad de la madre para tener hijos, ya que las probabilidades de quedar embarazada son menores, o la difícil conciliación familiar y laboral (19) desde la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Además, cada cultura se rige por modelos estancados en conceptos tradicionales. Los asignados a la sociedad postindustrial se han estudiado que tienen gran repercusión durante la maternidad y paternidad, y suelen ser causa de malestar: (6)

- Los modelos de belleza, ya que puede verse alterada en el postparto tras el mantenimiento de los cambios físicos del embarazo, y que provocan pensamientos negativos hacia su autoestima y autopercepción. Este modelo dirigido a la delgadez es aún más notable entre la población adolescente.
- Los roles de “buena madre” y “buen padre” asociados al reparto desigual de tareas según su sexo. Se normaliza que la mujer debe ocuparse de la crianza y del cuidado

de la casa, mientras que el padre, con un papel secundario en la crianza (20), debe ser sostén principal de la pareja (ya que se asume que ella es quien tiene más “cargas”), y el “proveedor” (debe dar el sustento económico a la familia). En el momento en el que estas exigencias socioculturales no se cumplen, aparecen las etiquetas de “malas madres o padres” que propician procesos de salud mental negativos (miedo, frustraciones, vergüenza...etc).

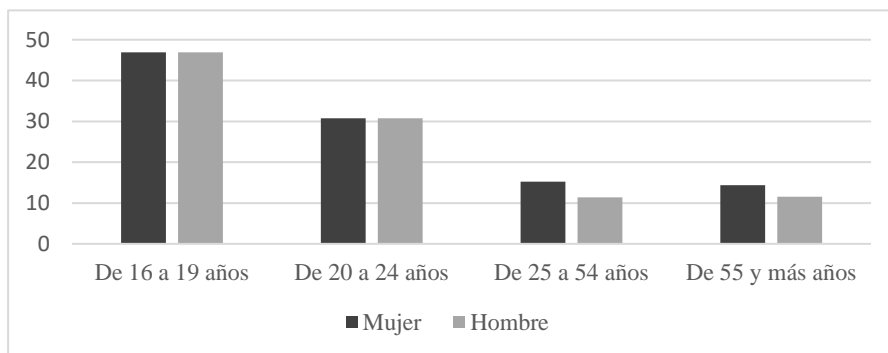
- Otros modelos socioculturalmente aceptados están relacionados con el proceso del parto, y son los: naturales, vaginales y sin complicaciones. También aparecen los modelos ideales de bebé: el que nace sano y va a casa pronto, con lactancia materna sin problemas, que no llora, y que sube de peso rápidamente. Pero cuando se producen cesáreas, hemorragias abundantes, episiotomías, enfermedades en el bebé, cólicos del lactante, dificultades en su lactancia, o su fallecimiento, la salud mental y física de la madre o padre se ve perjudicada. Comenta una voluntaria en el cuestionario de elaboración propia que tras el parto con cesárea *“sentí que mi cuerpo era defectuoso y que había fallado como mujer y como madre”*. Estas complicaciones suelen ocurrir con mayor frecuencia en las madres adolescentes (21).

En cuanto a las circunstancias económicas y laborales, la llegada del bebé supone unos gastos económicos añadidos a los que el padre y madre deben responder. Actualmente, los productos básicos y que más se consumen como son la electricidad y los carburantes se han encarecido. También lo hace el alquiler de la vivienda y su compra. A su vez, según el Índice de Precios de Consumo en 2018, los gastos medios anuales de los hogares y la renta media han aumentado. Esto se extiende a la población joven, cuyo salario medio ha aumentado ligeramente, al igual que los ingresos en el hogar joven de acuerdo a los datos recogidos en 2017. Aun así, no consiguen compensar el encarecimiento comentado anteriormente (8,10).

La Encuesta de Fecundidad de 2018 concluye que el motivo económico no es el principal problema a la hora de tener o no un bebé, pero sí es una de las cuestiones más tenidas en cuenta (19). Se ha observado que las familias jóvenes de bajo nivel económico suelen tener el primer hijo 10 años antes que las familias con nivel económico medio-alto (22). Otras investigaciones han demostrado que las familias de contextos socioeconómicos bajos reportan una cantidad significativamente mayor de estresores que

las familias de contextos socioeconómicos medios-altos. Estresores, que a su vez generan el desplazamiento de la afectividad en las familias y parejas; y el empeoramiento de su salud mental. Además, se ha demostrado que dependiendo del nivel económico, generan estrategias de afrontamiento a la maternidad y paternidad distintas (22). Por ejemplo, las familias con mayores ingresos económicos suelen acudir a sistemas de apoyo externos (guarderías o profesionales sanitarios) mientras que los de menores ingresos suelen pensar que la solución es el simple paso del tiempo.

Por otra parte, cuando la población adolescente y joven espera un bebé y tras su llegada, suelen abandonar sus estudios académicos, lo cual les posiciona a tener un perfil alejado del que busca el mundo laboral. Tienen altos índices en fracaso escolar (23). Además, el desempleo en España ha disminuido comparándolo con estos últimos años, al igual que lo hacen los hogares con baja intensidad laboral, aumentando los activos (10). Sin embargo, las tasas de desempleo más elevadas se aglutinan considerablemente en la franja de edad objeto de estudio de este trabajo (Figura 2), los adolescentes y los adultos emergentes (7).



**Figura 2.** Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma, 2019.  
Fuente de datos: Elaboración propia a partir de (7).

Con respecto a la conciliación de la vida familiar con la vida laboral, cada año se está viendo más dificultada. Esto se remonta desde la incorporación de la mujer al mercado laboral. Hoy en día también juega en su contra la ampliación horaria de las jornadas laborales y el distanciamiento cada vez mayor de los centros de trabajo al hogar principal y al de las familias extensas. Según la Encuesta de Fecundidad de 2018, las estrategias para favorecer la conciliación de la vida laboral con la familiar, como son los descansos o reducciones laborales y la flexibilidad horaria, son el principal incentivo a la natalidad para las mujeres (19). El principal motivo de crisis en las parejas suele ser dicha falta de conciliación.

En 2005 se registró que las empresas ejercían presión a las mujeres por su condición de estar embarazada o puérpera (mobbing maternal) despidiéndolas (el 25% de las trabajadoras embarazadas que tenían entre 18 y 25 años) o acosándolas por reclamar los derechos que les correspondían por maternidad (el 16% de esas trabajadoras) (24). Cabe mencionar que este ha sido el último registro realizado en profundidad sobre el tema, sin embargo, es un problema que continúa estando sin resolver hoy en día.

Actualmente, los derechos legales (25) que pretenden ayudar a los padres y madres a conciliar su vida laboral con la familiar son el descanso por maternidad de 16 semanas (de las cuales 6 son de descanso obligatorio), y el de paternidad de 8 semanas, tiempo que se podría ampliar en casos de adopción o parto múltiple. A ambos les corresponde una cuantía de dinero durante dicho descanso cumpliendo una serie de requisitos no igualitarios para ambos progenitores: las madres menores de edad no tienen que haber cotizado un mínimo de días a la Seguridad Social para beneficiarse de dicho subsidio económico, mientras que los padres de dicha franja de edad sí; por otro lado, el tiempo cotizado mínimo exigido al padre siempre el mismo, mientras que para la madre va aumentando gradualmente hasta los 26 años, donde se iguala al del padre. Esta ayuda económica se proporciona estando en situación de desempleo o no, lo cual es un beneficio para aquellas madres adolescentes que como ya hemos mencionado tienen las tasas de desempleo mayores. En definitiva, las familias creen que estas condiciones deberían igualarse y aumentar la duración del descanso.

Otro derecho legal con el mismo objetivo final (la conciliación) es la reducción de la jornada de solo un progenitor (en caso de trabajar ambos) para dar lactancia al menor de 9 meses (no solo lactancia materna) durante una hora. También está permitida la reducción de la jornada laboral por el cuidado directo de menores de 12 años hospitalizados. Por último, también existe una ayuda económica a familias numerosas, monoparentales, madres con discapacidad o niños huérfanos de progenitores o adoptantes, y familias con parto o adopción múltiple, sólo en caso de que no superen los límites de ingresos por año.

El Instituto de Política Familiar (IPF) ha propuesto otra serie de medidas para facilitar la conciliación como son la promoción de horarios flexibles y del teletrabajo, las penalizaciones legislativas por mobbing maternal, el aumento del permiso paternal y maternal, y la ampliación de la red de guarderías (24). Estas dos últimas medidas han sido

recientemente desarrolladas: el permiso de paternidad ha aumentado de duración de 5 a 8 semanas; y por otro lado, la Agencia Tributaria ha publicado el derecho a las mujeres que disfrutaban de servicios de guarderías de aminorar su IRPF hasta en 1000 euros anuales. Esta medida únicamente menciona a estas como beneficiarias, sin tener en cuenta a la figura paterna (26).

En la Comunidad de Madrid, el uso masivo y la escasez de plazas en las guarderías, casas de niños y escuelas infantiles es una realidad que está generando que no se consiga acceder a ellas o que entren en centros alejados del hogar familiar. Cabe mencionar que en esta ciudad se ofrecen ayudas económicas para los servicios privados de Educación Infantil a menores de 3 años teniendo en cuenta la renta per cápita (27). Aun así, las familias opinan que quien debería cuidar a los niños tendría que ser ellas mismas, y se deberían potenciar otras estrategias diferentes que ayuden a conciliar la vida laboral y familiar. (19, 24)

Continuando con los servicios ofertados, el Servicio Madrileño de Salud acerca a las madres la asistencia de los profesionales sanitarios antes y después del parto. En particular, la Cartera de Servicios Estandarizados de Enfermería en los Centros de Atención Primaria (28) asegura dicha atención por medio de consultas, talleres grupales o visitas en el domicilio para su cuidado y educación en salud (Servicios 301, 302, 303, 503, y 504). Este documento deja recogido que el cuidado es a la mujer y su maternidad, sin mencionar directamente al padre o la paternidad, aunque en la práctica también reciben dicha atención generalmente de forma conjunta con la madre.

#### **Entorno próximo:**

Durante la maternidad y paternidad triunfa el efecto amortiguador del apoyo social que provoca mejoras en la salud (9) aumentando la autoestima y sensación de control, y que promueve el uso efectivo de recursos. Se ha demostrado que las personas con mayor percepción de apoyo en el postparto tienen procesos psicológicos más positivos, menos síntomas de depresión, estrés, ansiedad, y más satisfacción con la pareja (29). Una voluntaria confirmó esto en el cuestionario diciendo que cuando su marido cuidaba de su bebé y de ella por sentirse agotada, *“sentí que me enamoré aún más de mi marido”*.

Por otro lado, las familias con falta de apoyo o apoyo menos efectivo suelen ser las de madres adolescentes, casadas con parejas poco colaboradoras, o con bajo nivel

económico, lo cual les relaciona directamente con peores resultados de afrontamiento, cursando con depresión, ansiedad postparto, o bajo peso del bebé al nacer ya que esto se puede dar desde antes del parto (6, 22, 29).

Durante el afrontamiento del nuevo rol de padre o madre, los sistemas de apoyo ejercen un papel muy importante. Estos suelen ser por una parte los profesionales de la salud (médico, enfermera, fisioterapeuta...), y por otra, las redes de referencia como son la familia, vecinos, amigos, los grupos de apoyo de madres y padres...etc. El apoyo que los abuelos y abuelas brindan a estos es común en la mayoría de familias según he podido constatar con el cuestionario de elaboración propia (Anexo 1). Estos se suelen repartir las tareas del hogar, alimentación o cuidado del bebé con el padre y madre, e incluso organizan sus periodos vacacionales para mudarse a su hogar. Mayoritariamente tiene resultados positivos, sin embargo, el cambio en la estructura del hogar, la pérdida de la intimidad de la pareja y la distinta forma de realizar las actividades o el cuidado del bebé debido al componente generacional, provoca procesos estresores en los progenitores. Es decir, la ayuda se convierte en una problemática (*“era constantemente examinada por mi madre, y suspendida”* comenta una de las voluntarias al cuestionario). Incluso, también hay madres que no acuden a pedir ayuda a sus familiares por *“vergüenza de que pensarán que no valía para ser madre”*. En los padres y madres adolescentes y jóvenes cuyos padres y madres continúan con su vida laboral, la ayuda que proporcionan se ve más condicionada, y por tanto es menor.

Por otro lado, los amigos son otro sistema de apoyo destacado por el padre y la madre aunque a veces la relación con ellos se puede ver disminuida y empeorada. Esto ocurre desde el nacimiento del bebé, sobre todo en los madres y padres jóvenes, ya que esta transición supone a los amigos también un proceso de adaptación a los cambios (horarios más limitados, la presencia del bebé, el aumento de la responsabilidad...). En ocasiones son las madres y padres jóvenes los que evitan dicha relación ya que se dan cuenta de que sus amigos no comparten las mismas preocupaciones que ellos, puesto que en su mayoría no han tenido todavía un hijo. Es por ello que algunas madres y padres acuden a grupos de iguales en los que encuentran comprensión y empatía, como pueden ser foros, asociaciones, salas y talleres privados habilitadas para momentos de habla y apoyo entre iguales (30). En casos más extremos también existe el recurso de pisos tutelados para madres de familias en situaciones especiales (Fundación Madrina).

---

## FACTORES PERSONALES

La maternidad y paternidad lleva consigo la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que se necesitan facilitar y entrenar, puesto que su realización óptima no es inherente a la transición vital, y su salud y la del bebé dependen de ello.

### Área cognitiva:

En torno al 50% de las madres, durante las primeras semanas después del parto, tienen falta de conocimientos en cuestiones fisiológicas del bebé. Las madres adolescentes y jóvenes dudan en relación a la higiene del sueño del bebé, a las fechas de vacunación o sus reacciones adversas, a la alimentación y su lactancia, y a la interpretación de las señales emitidas por el bebé ante sus necesidades (llanto, enfado...). Además, estas familias suelen desconocer la importancia del apego seguro y la estimulación psicomotora y cognitiva del bebé por medio del lenguaje, entre otras (21, 31).

A esto se le suma el hecho de que no saben cuándo deberían acudir a ver a un profesional de la salud (32). En el cuestionario elaborado (Anexo 1), una voluntaria comentó que *“si ibas eras madre primeriza y exagerada, y si no ibas, habías esperado mucho”*. Incluso, desconocen la importancia de su cuidado personal durante el postparto, ya que este se suele mencionar más durante el embarazo.

Relacionado también con la falta de conocimientos, las familias con progenitores jóvenes cuentan con altos índices de síndrome de muerte súbita del lactante, dificultad en la lactancia materna, apego inseguro y peor desarrollo cognitivo del bebé (21).

Las estadísticas demuestran que los conocimientos de las madres varían dependiendo de la cultura y de quienes sean los referentes significativos para cada persona, adentrándonos de nuevo en la dimensión sociocultural. Las madres europeas se ven más influenciadas por las informaciones recibidas de médicos y enfermeros, mientras que en los países del medio oriente, es mayoritaria la influencia de los familiares (33).

Además, existen múltiples fuentes de información: libros, revistas, películas, series, experiencias de amigos, vecinos, o foros en internet...etc., donde no toda la información es fiable ni extensible a la particularidad de cada madre o padre. Esta está disponible a la población en los medios tecnológicos actuales, de uso frecuente entre la población que



atañe a este trabajo, los jóvenes. Sin embargo, se ha demostrado que las informaciones erróneas o falsas recibidas antes y durante el embarazo, parto o postparto provocan afrontamientos y situaciones negativas cuando la realidad se aleja de ellas. Alguna madre comentaba en relación a lectura excesiva de libros sobre maternidad que hizo que se construyera un proceso idealizado de esta, que se truncó con la cesárea de urgencia y la atonía uterina que presentó, además de los pensamientos negativos que esto generó hacia sí misma “*sentí que mi cuerpo era defectuoso y que había fallado como mujer y como madre*”. Se ha demostrado que los pensamientos de culpabilidad, autocrítica, autoestima baja, inseguridad y preocupación son habituales debido a ese manejo incorrecto de la información (6).

Cuando el nivel de conocimientos es mayor y de calidad, el desarrollo del bebé mejora ya que la madre o padre responde a sus necesidades de forma sana, segura y efectiva, ocurriendo lo contrario en padres y madres con déficit de conocimientos. En estos casos aumentan las negligencias en su autocuidado y el del bebé. Se comprobó que aquellas madres que habían sido preparadas antes del embarazo en talleres (6) por su médico o enfermero, o que ya tenían otro hijo, poseían un mayor control de la situación y seguridad.

#### **Área de las Habilidades:**

Esta transición lleva consigo el manejo de técnicas para el autocuidado, el control de las emociones y tensiones comunes en esta nueva situación, y el cuidado del bebé. Exige y necesita dicho dominio por medio de nuevas habilidades de las que los padres y madres deben ser informados y entrenados, ya que comentan numerosas veces “*no sabía qué hacer*”. Las investigaciones demuestran que las técnicas de relajación para su cuidado personal, o para el del bebé mediante masajes infantiles (33) o piel con piel (6) tienen resultados positivos en el afrontamiento de los nuevos roles, manejando las tensiones, aumentando el conocimiento de sí mismos y de su bebé, así como su salud y seguridad.

Es habitual que los padres y madres tras el nacimiento del bebé no realicen actividades encaminadas a su salud personal, gestionando de forma incorrecta su tiempo de ocio, llevando a cabo dietas con bajo contenido en vitaminas y minerales, hábitos de vida sedentarios o cambios en el patrón del sueño (6).

Por otra parte, la evaluación de la madre o padre de la temperatura corporal del bebé, o la realización de su higiene oral o corporal suelen ser deficitaria en los primeros meses

de su vida (32). Cuando las habilidades se desarrollan junto con conocimientos basados en la evidencia, el crecimiento del bebé es positivo ya que su entorno es seguro.

Además, se ha comprobado que los padres y madres jóvenes estimulan menos el desarrollo lingüístico del bebé ya que entablan menos conversaciones con él que las familias con progenitores de mayor edad (31). Incluso se puede apreciar dicha diferencia a la hora de realizar las tareas de cuidado del bebé, puesto que las primeras familias son más desorganizadas, lo que provoca que el bebé no se pueda anticipar a las acciones. Además, no tienen como objetivo potenciar la autonomía de este, lo cual afecta al desarrollo mental y psicomotor del bebé.

Las habilidades familiares que los padres y madres suelen generar para tener una actitud concreta ante tal transición vital pueden ser: la actitud más pasiva en la que el paso del tiempo es la solución al problema (evaluación pasiva), la actitud en la que se cambia la visión del evento estresor como si este fuera un reto a superar (reestructuración), o la actitud de buscar apoyo social en el exterior (22). Esta última tiene los mejor resultados como hemos visto anteriormente.

#### **Área emocional:**

Los cambios emocionales en las madres son inherentes al embarazo, parto y puerperio, ya que se ven potenciados por la cuestión hormonal (34). Además, como hemos ido observando, los distintos factores también generan en estas y en los padres fluctuaciones emocionales. Es decir, existen momentos en los que la acogida al bebé está llena de sentimientos positivos como alegría, tranquilidad y felicidad (*“me sentía feliz de tener a mi hija y cada día lo disfruto más y más, me parece preciosa”*), y otros momentos en los que aparecen sentimiento de tristeza, inseguridades, estrés, y culpabilidad por ser “malos padres o madres”. Relata una voluntaria en el cuestionario que empezó a sentirse *“en un tercer o cuarto plano, sintiéndome solo la madre de..., alejándome de ser sexy y sintiéndome incomprendida y con miedo de contar lo que pienso o siento”*.

Cabe mencionar que en particular esta transición supone para estos una alteración con las expectativas de futuro, con la historia de vida familiar y con los planes a corto-medio plazo (6, 15-18). Es decir, tienen el trabajo añadido de madurar rápidamente y adquirir el sentimiento de responsabilidad de forma menos gradual que los demás. En la población adolescente, estas capacidades no están adquiridas ya que el pensamiento egocéntrico propio de este ciclo de vida deja al bebé en un segundo plano, llegando a producir rechazo

del mismo (31). Además, este alejamiento del bebé provoca falta de calidez emocional durante la realización de sus cuidados, lo cual no genera un desarrollo saludable del bebé. Sin embargo, habitualmente la paternidad y maternidad se convierte en una motivación para los padres y madres, que les aporta identidad, rasgo que hasta ese momento está poco desarrollado en la población adolescente y joven (35).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la evaluación de la salud mental perinatal únicamente en las madres, (36) sin mencionar la de la figura paterna, restándole así importancia y visibilidad en este proceso. Cuando el área emocional tiene tintes positivos, el desarrollo del bebé también los tiene, y cuando son negativos, estos desaparecen con la aparición de síntomas de tristeza postparto (baby blues), depresión postparto, o psicosis postparto en ambos progenitores (6, 18, 37-40).

- La **tristeza postparto** aparece entre el 50 y 80% de las mujeres y suele darse en los primeros cuatro días tras el parto. Se caracteriza por cuadros de irritabilidad, llanto fácil, falta de concentración, fatiga e insomnio. Se desconoce la incidencia en la figura paterna aunque también comparten dichos síntomas. Los manuales de Medicina comentan que no necesita de intervención sanitaria ya que suele desaparecer por sí sola. El 20% de las mujeres con tristeza postparto cursan seguidamente con depresión postparto.

- La **depresión postparto** puede aparecer 4 semanas antes del parto, y su sintomatología suele ser la disminución de la concentración, anhedonia, sentimientos de culpa, pensamientos reflexivos, ataques de pánico, pérdida de apetito, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida y/o ideación suicida. También puede cursar con labilidad en el estado de ánimo, los estados de letargia son más notables, y hay preocupación por el bienestar del bebé. (34) En la figura paterna a esos síntomas se les suma el aumento de la hostilidad, conflicto y evitación con el aumento de las cargas de trabajo, de deporte, e ingestión de sustancias tóxicas (20).

Este es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en el postparto, y aun así es el más infradiagnosticado en el embarazo y puerperio por la asociación errónea de sus síntomas con los del proceso de embarazo (6). La depresión postparto afecta a nivel mundial al 10-20% de las mujeres y en torno al 10% de los hombres. Específicamente, afecta al 26% de madres adolescentes, y si ocurre en un primer embarazo, las

probabilidades de repetición aumentan en el segundo. Los cambios hormonales (34) y los factores anteriormente mencionados son favorecedores de su aparición. Sus consecuencias se extienden a la integridad de la salud de quien la presenta hasta la del bebé, donde las negligencias en su cuidado se ven aumentadas. El tratamiento más efectivo se ha obtenido de la suma del tratamiento farmacológico (antidepresivos) y del no farmacológico, con mejores resultados tras la terapia individual y de grupo, la visita domiciliaria, y la asistencia telefónica (6,40).

- La **psicosis postparto** se diagnostica a 1-2 mujeres por cada 1000 partos, y suele aparecer entre el tercer y noveno día, variando en cada mujer y pudiendo llegar hasta el sexto mes. No hay casos registrados en hombres. Aparece sintomatología propia del trastorno psicótico como son: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y/o ideas de suicidio. Aparecen pensamientos como: “negación de la existencia del hijo, creencia de que el hijo pertenece a otra mujer, que está muerto, que lo han robado o que su sexo ha cambiado”. Además su diagnóstico aumenta las probabilidades de repetición en el siguiente embarazo (40,41). Es un potencial grave de riesgo para la salud de la madre y del bebé, y su tratamiento es farmacológico mayoritariamente.

Finalmente, tras analizar los factores que condicionan los comportamientos de los nuevos padres y madres jóvenes, resulta pertinente realizar una intervención educativa en este contexto, con el objetivo de capacitar a madres y padres jóvenes a manejar la transición vital de forma saludable.

## ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTOS

A continuación, se presenta el análisis de los comportamientos de la población diana (madres y padres jóvenes con hijos recién nacidos), que a su vez influyen en el afrontamiento de la transición vital. Análisis elaborado con la finalidad de adaptar el desarrollo de la intervención educativa a la población de referencia:

<b>Factores Ambientales</b>	<p><b>Entorno social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Los padres y madres jóvenes tienen bajo nivel económico.</li> <li>· Estas familias tienen altas tasas de desempleo y de fracaso escolar.</li> <li>· Un alto porcentaje de padres y madres jóvenes en España son extranjeros.</li> <li>· Los padres-madres jóvenes presentan bajas tasas de emancipación.</li> <li>· No existen ayudas económicas o de descanso especiales para los padres y madres jóvenes.</li> <li>· Los modelos de belleza están muy arraigados en esta población.</li> <li>· Las complicaciones fisiológicas en el parto y en la salud del bebé multiplican sus probabilidades en las madres adolescentes.</li> <li>· Los padres y madres jóvenes no acuden a sistemas de apoyo externos.</li> </ul>
	<p><b>Entorno próximo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Apoyo escaso de la familia extensa en el cuidado del bebé.</li> <li>· Las redes de amistad disminuyen o desaparecen.</li> <li>· Cuentan con fácil acceso telemático a redes de apoyo.</li> <li>· Escasez de recursos especializados para esta población.</li> </ul>
<b>Factores Personales</b>	<p><b>Área de conocimientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Desconocimiento de la importancia del autocuidado.</li> <li>· Conocen y tienen disponibles múltiples fuentes de información.</li> <li>· Desconocimiento del calendario de vacunas del bebé.</li> <li>· Desconocimiento de la interpretación de las señales emitidas por el bebé: fisiológicas (dolor, hambre, sueño) y afectivas.</li> <li>· Desconocimiento sobre la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante e higiene del sueño.</li> <li>· Desconocimiento de la lactancia materna y alimentación del bebé.</li> <li>· Desconocimiento de la importancia de la estimulación del desarrollo mental y psicomotor, y del apego seguro.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Área de las habilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Mala gestión de la vida familiar con la académica.</li><li>· Escasa capacidad de gestión del ocio y tiempo libre.</li><li>· Cuentan con gran capacidad creativa y energía.</li><li>· Manejo ineficaz de las amistades y los sistemas de apoyo cercanos.</li><li>· La maternidad y paternidad consigue regular su conducta adolescente y joven.</li><li>· Poseen gran habilidad con el uso de la tecnología y de las redes sociales, pero hacen un manejo inefectivo de ellos en esta transición.</li><li>· Falta de habilidades de autocuidado.</li><li>· Manejo incorrecto o nulo de la información acerca de cuidados al bebé.</li><li>· Realización incorrecta de la lactancia del bebé, su higiene corporal y oral, y la evaluación de su temperatura.</li><li>· Falta de comunicación con el bebé y su estimulación.</li><li>· Falta de promoción de la autonomía del bebé.</li><li>· Déficit de habilidades para crear vínculo y apego seguro con el bebé.</li><li>· Manejo desorganizado del espacio y tiempo en los cuidados al bebé.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Área de las emociones</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Pensamiento egocéntrico y rechazo del bebé.</li><li>· La maternidad y paternidad joven les aporta identidad.</li><li>· Sentimiento de soledad.</li><li>· Falta de madurez emocional.</li><li>· Inestabilidad emocional.</li><li>· La maternidad y paternidad se convierte en una motivación en su vida.</li><li>· Falta del sentido de la responsabilidad hacia el bebé.</li><li>· Falta de calidez emocional durante los cuidados al bebé.</li></ul>

**Tabla 1.** Análisis de comportamientos de los padres y madres jóvenes. Fuente: Elaboración propia a partir de (9).

## **POBLACIÓN DIANA Y CAPTACIÓN**

Se trata de un proyecto de EpS para madres y padres jóvenes (menores de 29 años) con hijos menores de un mes de vida en el Centro de Salud San Andrés en el barrio de San Andrés/Villaverde. Este barrio presenta índices altos de población joven, desempleada y extranjera, y con bajo nivel económico en la Comunidad Autónoma de Madrid. Características que probablemente puedan resultar con nuevas familias jóvenes y con dificultades de afrontamiento de la transición vital.

La captación se realizaría desde las consultas de enfermería y de médicos de familia de dicho Centro de Salud, y desde la consulta de la matrona, situada en el Centro de Salud Los Ángeles. Se abriría una agenda de captación específica en ambos centros, en la que dichos profesionales de salud podrían registrar a los participantes. También se colocarían carteles informativos en dichas instalaciones sanitarias para poder ampliar la captación. El grupo real que se formará para realizar la EpS constará de 20 integrantes como máximo.

Los **criterios de inclusión** son:

- Padres y madres adolescentes y adultos emergentes (hasta 29 años de edad).
- Padres y madres con un único hijo menor de 1 mes de vida.

Los **criterios de exclusión** son:

- Padres y madres extranjeros que no hablan español.
- Padres y madres hospitalizados o con sus bebés hospitalizados.
- Padres y madres diagnosticados de psicosis postparto.
- Padres y madres con alto nivel socioeconómico que cuenten con redes de apoyo y recursos superiores a la media.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de este trabajo es promover un afrontamiento saludable en la transición vital: ser padre y madre joven. Los objetivos específicos para este trabajo son:

En el área de los conocimientos:

- Identificar la importancia del autocuidado en la maternidad y paternidad.
- Conocer el calendario de vacunas del bebé.
- Reconocer las señales del bebé y saber cómo actuar.
- Reconocer los cuidados básicos del bebé.
- Aumentar los conocimientos sobre el uso de la estimulación del desarrollo mental, psicomotor y del apego seguro del bebé.

En el área de las habilidades:

- Reflexionar sobre esta transición vital y lo que le rodea.
- Desarrollar el manejo de sus emociones mediante el autoconocimiento.
- Plantear estrategias para que sean capaces de compaginar la formación académica a la vida familiar.
- Desarrollar un buen manejo de la información disponible y búsqueda de apoyo a través de las TICs.
- Desarrollar habilidades sociales para una buena integración y actividad social.
- Desarrollar la capacidad de gestión del ocio y del tiempo libre.
- Incrementar la capacidad de organización de las tareas y cuidados del bebé.
- Desarrollar estrategias para generar apego seguro con el bebé.

En el área de las actitudes:

- Identificar actitudes que mejoren la autoestima.
- Incrementar las actitudes de motivación con el proyecto de vida propio.
- Desarrollar actitudes de calidez emocional, vínculo, apego seguro y afecto con el bebé.



## **METODOLOGÍA**

Este proyecto consiste en una intervención grupal a nuevos padres y madres jóvenes para promocionar una transición vital saludable. Para ello, se ha utilizado como marco conceptual el que propone la metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) de la autora Mirtha Cucco. Este dirige su objetivo en crear grupos de reflexión sobre malestares de la vida cotidiana con los que se sufre y “se cobran altos precios en salud/bienestar de la población”, y que se normalizan (42). Este es el caso de la maternidad y paternidad como hemos podido comprobar en la introducción, y es por ello que las sesiones de este proyecto van a centrarse en reflexionar sobre esta transición y lo que le rodea.

Las intervenciones estarán destinadas también a que las mujeres y hombres aumenten los recursos de afrontamiento gracias a la estrategia de empoderamiento. Se entiende este como la preparación de las personas para que sean capaces de encontrar factores o recursos (activos en salud) que mejoren sus comportamientos y capacidades de actuación. Así pues, este proyecto contendrá también como marco conceptual el que sustraemos de la metodología que utiliza la salud comunitaria basada en activos de 2019 (43).

---

## **SESIONES EDUCATIVAS**

El programa consistirá en 7 sesiones, que durarán unos 60-75 minutos cada sesión. Se realizarán dos sesiones por semana, lunes y jueves. El número máximo de integrantes será de 20 participantes. Se desarrollarán en la sala multiusos del Centro de Salud San Andrés con el material correspondiente para cada sesión. La penúltima sesión se realizará en un lugar público fuera del centro. En alguna de las sesiones, los bebés se quedarán en otra sala habilitada en el Centro de Salud con un par de educadores/as infantiles para que la atención de los padres y madres a la sesión sea mayor.

También se creará un blog público en el que los educadores podrán descargar los documentos expuestos en los talleres, y que se facilitará su acceso desde el primer taller, permitiendo que los participantes puedan añadir reflexiones de forma pública.

## **EQUIPO DOCENTE**

- Enfermera/o del Centro de Salud San Andrés (educador/a, observador/a y coordinador/a)
- Enfermera/o del Centro de Salud San Andrés (educador/a, observador/a y coordinador/a)
- Psicólogo/a del área de referencia (educador/a y observador/a)
- Fisioterapeuta del área de referencia (educador/a y observador/a)

---

## **REUNIONES DE COORDINACIÓN**

- 1° Reunión: Una semana antes de comenzar el taller.
- 2° Reunión: Al día siguiente de realizar la Sesión 0 para evaluar la puesta en marcha del primer taller.
- 3° Reunión: Al día siguiente de realizar la Sesión 3 para evaluar las sesiones ya realizadas.
- 4° Reunión: Tras finalizar la Sesión 6 para realizar la evaluación final.

Se propone el siguiente cronograma para seguir durante las 7 sesiones:

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 0:</b>  <b>Nos Conocemos</b>	11.00h	Reflexionar sobre esta transición vital y lo que le rodea.	Acogida, presentación y contrato <sup>2</sup>	Estrategias de reflexión <sup>3</sup>	GG	40 min.	Colchonetas, pintura de manos, pancarta
	11.40h	Identificar actitudes que mejoren la autoestima.  Incrementar las actitudes de motivación con el proyecto de vida propio.					

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	11.40h- 11.45h	Test de caras y Guion del observador	GG	Folio con las distintas caras de evaluación (Anexo 2), y Guion de observación (Anexo 5)

<sup>2</sup> El contrato consistirá en el compromiso de los asistentes a ser puntuales, a participar en las actividades propuestas, a no juzgar a los demás...etc. Se colgará en la sala durante todas las sesiones.

<sup>3</sup> El educador/a invitará a los participantes a que se sitúen en un círculo y cierren los ojos. Hará varias preguntas al grupo (*¿en qué ocasión disfruto más de mi maternidad o paternidad?, ¿qué me ha preocupado esta mañana cuando me he levantado de la cama, ¿quién es mi mayor apoyo?, ¿siento tristeza en algún momento del día?...etc*). Seguidamente, irá tocando la cabeza de cada uno de los participantes para que vayan respondiendo de forma individual, sin abrir los ojos para que la intimidad sea mayor. Finalmente, se creará una pancarta con la huella de las palmas de las manos de los participantes (de los bebés también) con pinturas de distintos colores, especiales para ello. La pancarta se colgará en la sala en cada uno de los talleres.

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 1:</b> <b>¿Cómo me siento?</b>	11.00h-11.20h		<i>“Maternidad, paternidad, y buen/a o mal/a padre y madre”</i>	Tormenta de ideas	GG	20 min.	Proyector y presentación Power-Point
	11.20h-11.30h	Reflexionar sobre esta transición vital y lo que le rodea.	Roles familiares	Foto palabra <sup>4</sup>	GP/ GG	10 min.	Proyector e imágenes de familias
	11.30h-11.50h	Identificar actitudes que mejoren la autoestima. Desarrollar el manejo de sus emociones mediante el autoconocimiento.	Mindfulness	Demostración con entrenamiento	GG	20 min	Presentación Power-Point, música, luz, colchonetas, proyector
	11.50h-11.55h		Tarea para casa: Diario de autoconocimiento <sup>5</sup>	Técnica de análisis y reflexión	GG	5 min.	

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	11.55h- 12.00h	Ronda grupal y Guion del observador	GG	Coloquio y Guion de observación (Anexo 5)

<sup>4</sup> Exposición de varias imágenes de familias donde los componentes, sus gestos y posturas van a ser distintas en cada una de ellas (Anexo 3). A las fotografías les seguirá la pregunta: *¿Con cuál te identificas?* En parejas (no parejas sentimentales) reflexionarán sobre la familia con la que se identifican, y seguidamente será el compañero quien diga al grupo con cuál se ha identificado su pareja de trabajo.

<sup>5</sup> Consistirá en la elaboración de un diario de emociones para realizar en casa los siguientes días para que anoten cómo se sienten, qué piensan, y cómo actúan a lo largo del día: cuando están acompañados o no, en casa o fuera de ella, y así identifiquen y modifiquen sus actitudes.

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 2:</b>  <b>Mi salud es importante</b>	11.00h-11.10h	Identificar la importancia del autocuidado en la maternidad y paternidad.	Resumen del día anterior	Ronda grupal	GG	10 min.	Rotafolios, Bolígrafos
	11.10h-11.40h	Plantear estrategias para que sean capaces de compaginar la formación académica a la vida familiar.	El autocuidado: ejercicio, dieta, ocio y tiempo libre.	Análisis de caso <sup>6</sup>	GP/ GG	30 min.	Pantalla, proyector, caso impreso, bolígrafos
	11.35h-12.05h	Desarrollar un buen manejo de la información disponible y búsqueda de apoyo a través de las TICs.	Videos con soluciones de autocuidado adaptadas al grupo <sup>7</sup>	Análisis de vídeo con discusión	GG	30 min.	Vídeos de Youtube, Internet, proyector
	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS			
<b>EVALUACIÓN</b>	12.05h- 12.10h	Semáforo de colores y Guion del observador	GG	Folios de colores (Anexo 4), y Guion de observación (Anexo 5)			

<sup>6</sup> La protagonista del caso sería una mujer joven que desde que nació su hijo ha abandonado sus estudios, ha dejado de cuidarse porque no reconoce su cuerpo tras el embarazo, no realiza ejercicio físico y ni se arregla, ha empeorado su alimentación y cada vez sale menos con sus amigos. A esta historia le seguirán una serie de preguntas que en esos grupos pequeños discutirán analizando el texto, como por ejemplo: *¿Piensas que esta historia es un caso real? ¿Qué cambios se han producido en la vida de la protagonista desde que nació el bebé? ¿Cómo crees que podrías ayudar a la protagonista para que se sintiera mejor? ¿Qué podría hacer para continuar con sus estudios académicos? ¿Y para que llevara una dieta adecuada y realizara ejercicio físico?*

<sup>7</sup> Enseñará varios vídeos en los que se expongan, por ejemplo: recetas saludables rápidas de realizar y económicas para recuperar la forma física anterior al parto, actividades físicas para realizar mientras se tiene en brazos al bebé (yoga o danza con el bebé) o el uso de porteadores del bebé económicos y ergonómicos para que el carrito no sea un impedimento para salir de casa.

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 3:</b> <b>Construyo bienestar</b>	11.00h-11.10h	Conocer el calendario de vacunas del bebé.  Reconocer las señales del bebé y saber cómo actuar.	Resumen del día anterior	Tormenta de ideas	GG	10 min.	-
	11.10h-11.30h	Reconocer los cuidados básicos del bebé.  Aumentar los conocimientos sobre el uso de la estimulación del desarrollo mental, psicomotor y del apego seguro del bebé.	Cuidados básicos para realizar adecuadamente al bebé	Exposición con discusión	GG	20 min.	Proyector, presentación Power-Point
	11.30h-11.50h		Herramienta de evaluación "Kahoot" <sup>8</sup>	Técnica de análisis y exposición	GG	20 min.	Móvil, Internet y proyector

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	11.50h- 11.55h	Tormenta de ideas y Guion del observador	GG	Palabras que evalúen la sesión, folios, bolígrafos, y Guion de observación (Anexo 5)

<sup>8</sup> Cuestionario interactivo ("Kahoot") en el que los padres y madres tendrán que contestar desde sus teléfonos móviles las preguntas que el educador/a previamente ha descargado en la aplicación sobre los conocimientos deficitarios que se han explicado en esta sesión, y sobre otros conocimientos tratados en otras sesiones relacionadas con su autoconocimiento, el manejo de las emociones y su autocuidado. Tendrán opción a 4 posibles respuestas por pregunta, con un tiempo limitado de respuesta. Por ejemplo se podrá preguntar: *¿Es normal la pérdida de peso de mi bebé los primeros días tras su nacimiento? Respuesta 1: Siempre; Respuesta 2: Nunca; Respuesta 3: Es habitual, estará vigilado por los profesionales de la salud; Respuesta 4: Es normal, por eso debo aumentar el número de tomas de leche.* El grupo podrá ver el porcentaje total y personal de aciertos y fallos.

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 4:</b>  <b>Mi realidad diaria</b>	11.00h-11.10h	Reconocer las señales del bebé y saber cómo actuar.  Reconocer los cuidados básicos del bebé.  Desarrollar habilidades sociales para una buena actividad social.	Resumen del día anterior	Ronda de palabras	GG	10 min.	Rotafolios, Bolígrafos
	11.10h-12.10h	Incrementar la capacidad de organización de las tareas y cuidados del bebé.  Desarrollar actitudes de calidez emocional, vínculo, apego seguro y afecto con el bebé.	Habilidades en el cuidado del bebé	Role Playing <sup>9</sup>	GG	60 min.	Muñecos de simulación clínica, manta, biberón, proyector, Power-Point

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	12.10h- 12.15h	Test de caras y Guion del observador	GG	Folio con las distintas caras de evaluación (Anexo 2), Y Guion de observación (Anexo 5)

<sup>9</sup> Escenificarán al grupo grande dichas habilidades en distintos casos que el educador/a proponga. Por ejemplo: *Tu bebé lleva llorando 30 minutos. Tu madre está en casa pero no colabora con los cuidados del bebé, y tu pareja va a llegar en 15 minutos, ¿qué harías? ¿pedirías ayuda y de qué forma?* El formato será de tipo doble ciego, en el que los participantes desconocerán el rol de los demás.

	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 5:</b> <b>Sobre ruedas</b>	11.00h-11.10h	Desarrollar un buen manejo de la información disponible y búsqueda de apoyo a través de las TICs.	Resumen del día anterior	Tormenta de ideas	GG	10 min.	-
	11.10h-11.25h	Desarrollar habilidades sociales para una buena integración y actividad social.	Tipos de recursos de apoyo y actividad social	Exposición	GG	15 min.	Presentación Power-Point, Internet, proyector
	11.25h-12.05h	Identificar actitudes que mejoren la autoestima. Incrementar las actitudes de motivación con el proyecto de vida propio.	Paseo de todos los integrantes del taller	Paseo social <sup>10</sup>	GG	40 min.	Calzado cómodo

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	12.05h- 12.10h	Tormenta de ideas y Guion del observador	GG	Palabras que evalúen la sesión, folios, bolígrafos, y Guion de observación (Anexo 5)

<sup>10</sup> Consistirá en la puesta en práctica de una estrategia saludable y económica que potencie las redes sociales, el desarrollo de salud en el bebé y en los progenitores, y la práctica de ejercicio al aire libre. Se procederá a iniciar un paseo con las madres, padres y bebés (con carritos o no) por el Parque de Plata y Castañar, en el mismo barrio del Centro de Salud de San Andrés, a 10 minutos andando desde este. Además, servirá como actividad para que los participantes creen posibles lazos de apoyo entre sí al dejar este espacio para su encuentro.



	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	GRUPO	TIEMPO	RECURSOS
<b>SESIÓN 6:</b>  <b>Un regalo para todos</b>	11.00h-11.10h	Aumentar los conocimientos sobre el uso de la estimulación del desarrollo mental, psicomotor y del apego seguro del bebé.	Resumen del día anterior	Ronda de palabras	GG	10 min.	Rotafolios, Bolígrafos
	11.10h-11.25h	Desarrollar actitudes de calidez emocional, vínculo, apego seguro y afecto con el bebé.  Desarrollar estrategias para generar apego seguro con el bebé.	Importancia y beneficios del apego seguro	Lección participada	GG	15 min.	Colchonetas, crema, Música, Presentación Power-Point, proyector
	11.25h-12.05h	Identificar actitudes que mejoren la autoestima.  Incrementar las actitudes de motivación con el proyecto de vida propio.	Masaje Infantil	Demostración con entrenamiento	GG	40 min.	

	TIEMPO	TÉCNICA	GRUPO	RECURSOS
<b>EVALUACIÓN</b>	12.05h- 12.10h	Guion del observador y Cuestionario de autoevaluación	GG	Guion de observación (Anexo 5) y Autoevaluación de satisfacción (Anexo 6)

## EVALUACIÓN

La evaluación en un proyecto de Educación para la Salud es una actividad fundamental ya que nos permite valorar si la resolución del mismo es y ha sido la adecuada en cuanto a la estructura (Tabla 2), el proceso (Tabla 3) y los resultados (Tabla 4), con el objetivo de que la evaluación sea eficaz, óptima e integral (1).

### MEMORIA FINAL DEL PROYECTO DE EDUCACIÓN: EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA (1)

#### ESTRUCTURA:

<i>¿QUÉ?</i>	<i>¿QUIÉN?</i>	<i>¿DÓNDE?</i>	<i>¿CÓMO?</i>	<i>¿CUÁNDO?</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Lugar</li> <li>– N° de educadores</li> <li>– N° de horas</li> <li>– Preparación</li> <li>– Intervención</li> <li>– Recursos utilizados”</li> </ul>	Educandos Coordinador Observador	Centro de Salud	Analizando las actividades propuestas (Caso, Role Playing, Tormenta de ideas...etc)  Evaluación con el test de caras (Anexo 2), semáforo de colores (Anexo 4) y Tormenta de ideas.  Guion de Observación (Anexo 5)	Después de cada sesión  Al finalizar el proyecto

**Tabla 2.** Evaluación de estructura. Fuente: Elaboración propia a partir de (1)

<b>PROCESO:</b>	<i>¿QUÉ?</i>	<i>¿QUIÉN?</i>	<i>¿DÓNDE?</i>	<i>¿CÓMO?</i>	<i>¿CUÁNDO?</i>
<b>Fase previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Asistencia (edad, nivel cultural) y clima</li> <li>– Acuerdos con el grupo”</li> </ul>	Coordinador Observador	Centro de Salud	Acta de la etapa previa	Después de la Sesión 0

	<i>¿QUÉ?</i>	<i>¿QUIÉN?</i>	<i>¿DÓNDE?</i>	<i>¿CÓMO?</i>	<i>¿CUÁNDO?</i>
<b>Programación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Adecuación del programa al nivel cultural del grupo</li> <li>– N° de sesiones</li> <li>– Duración de las sesiones</li> <li>– Periodicidad</li> <li>– Temporalización</li> <li>– Objetivos</li> <li>– Contenidos</li> <li>– Técnicas educativas</li> <li>– Evaluación”</li> </ul>	<p>Coordinador Observador</p>	<p>Centro de Salud</p>	<p>Reunión coordinador/observadores: programa y acta de la etapa previa</p>	<p>Después de la reunión tras la Sesión 0</p>
<b>Intervención:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Contenidos adecuados a las necesidades del grupo</li> <li>– Técnicas educativas</li> <li>– Tiempos</li> <li>– Clima</li> <li>– Participación</li> <li>– Calidad de docentes</li> <li>– Lenguaje y vocabulario”</li> </ul>	<p>Coordinador Observador Educandos</p>	<p>Centro de Salud</p>	<p>Guion de observación (Anexo 5) Reunión del coordinador con los observadores Evaluación con el test de caras (Anexo 2), semáforo de colores (Anexo 4) y Tormenta de ideas.</p>	<p>Después de cada sesión A la finalización de todas las sesiones.</p>

**Tabla 3.** Evaluación del proceso. Fuente: Elaboración propia a partir de (1).

**RESULTADO:**

<i>¿QUÉ?</i>	<i>¿QUIÉN?</i>	<i>¿DÓNDE?</i>	<i>¿CÓMO?</i>	<i>¿CUÁNDO?</i>
Consecución de objetivos propuestos en el curso	Educandos Coordinador Observador	Centro de Salud	Guion de Observación (Anexo 5) Análisis a medio/largo plazo de otros registros Evaluación con el test de caras (Anexo 2), semáforo de colores (Anexo 4) y Tormenta de ideas. Autoevaluación de satisfacción (Anexo 6)	Después de cada sesión Al finalizar el proyecto A medio/largo plazo

**Tabla 4.** Evaluación de los resultados. Fuente: Elaboración propia a partir de (1).

## CONCLUSIONES

La existencia de la maternidad y paternidad se remonta a miles de años atrás, y su frecuencia es diaria. Esta transición vital conlleva grandes cambios para los padres y madres en todas las esferas de su vida. Sin embargo, existe una fina línea que hace de este proceso uno encaminado o no a la salud de los progenitores y a la de su bebé.

Los comportamientos que los padres y madres llevan a cabo en este proceso son particulares en cada individuo y como hemos visto, se ven influenciados por multitud de factores (socioeconómicos, culturales, emocionales...etc.). Factores que en la población joven aumentan considerablemente en número. Esta población es muy vulnerable a que dichos factores jueguen en contra de su salud y la del bebé, y por lo tanto, se sitúan como población en alto riesgo de afrontar de forma poco saludable la transición vital.

Debido a dichos aspectos, la realización de un proyecto de EpS realizado por profesionales de Enfermería se ha contemplado como herramienta pilar fundamental en este proyecto para que el grupo conozca y maneje saludablemente los acontecimientos de su día a día.

Con el objetivo comunitario de crear espacios de prevención y promoción de la salud mediante el empoderamiento de la población, llave fundamental en manos de los profesionales de Enfermería para que la sociedad avance hacia un futuro saludable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Palmar A. Métodos educativos en salud. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Arnett, JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist [Internet], 2000 [acceso Mar 2019]; 55 (5): 469-480. Disponible en: <http://tiny.cc/b2x95y>
3. Semenova N, Zapata J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicología [Internet], 2015 [acceso Ene 2019]; 8 (2): 103-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
4. Revilla AL. Fleitas CL. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: ciclo vital familiar. EN: Martín Zurro A, Cano PJF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ªed. España: Elsevier; 2003: 157-171.
5. Mscbs.gob.es [Internet] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Promoción de la salud; [acceso Abr 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2GyPBYz>
6. Alba González B, López Tello V, Merino et al. Actualización en depresión postparto. Revista Oficial de la Asociación de Enfermería y Salud [Internet]. 2017 [acceso Feb 2019]; N° 3:16-20. Disponible en: [goo.gl/L2sXoA](http://goo.gl/L2sXoA)
7. Ine.es [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [acceso Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4247>
8. Consejo de la juventud de España. Observatorio de emancipación. 2º Semestre 2017. [Internet] [acceso Mar 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2FnIDFo>
9. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud [Internet]. Navarra: Sección de Promoción de la Salud: Instituto de Salud Pública; 2006 [acceso Ene 2019]. Disponible en: [goo.gl/qdnb9z](http://goo.gl/qdnb9z)
10. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras [Internet]; 2018 [acceso Ene 2019]. Disponible en: [goo.gl/9BnBpm](http://goo.gl/9BnBpm)

11. Ine.es [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/SpbT58](http://goo.gl/SpbT58)
12. Giraldo-Montoya DI, Castañeda-Palacio HL, Mazo-Álvarez HM. Factores demográficos relacionados con en el apego materno infantil. Rev Univ. Salud [Internet]. 2017 [acceso Feb 2019]; 19(2):197-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00197.pdf>
13. Valencia Lizarbe, Saiona. La depresión postparto [tesis]. Navarra: Universidad Pública de Navarra. 2015-2016 [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/ckj5gL](http://goo.gl/ckj5gL)
14. Ine.es [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/r4XUki](http://goo.gl/r4XUki)
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. [Internet]. 2017 [acceso Feb 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2ECOesh>
16. Sainz Aceves KG, Chávez Ureña BE, Díaz Contreras ME, Sandoval Magaña MA, Robles Romero MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Atención Familiar [Internet]. 2013 [acceso Feb 2019]; 20(1):25-27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300827>
17. Hidalgo García MV, Sánchez Hidalgo J. Madres adultas y madres adolescentes: un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. [Internet]. 2002 [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/f9wj3G](http://goo.gl/f9wj3G)
18. Mora Delgado M. Depresión postparto y tratamiento. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016 [acceso Feb 2019]; 73(620) 511 – 514. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
19. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad Año 2018. Datos avance. [Internet]; 2018 [acceso Feb 2018]. Disponible en: [goo.gl/78dpbK](http://goo.gl/78dpbK)
20. Morales A, Catalán A, Pérez F. Los padres también se deprimen en el postparto: comprendiendo el fenómeno desde la voz de sus protagonistas. Polis (Santiago)

- [Internet]. 2018 [acceso Feb 2019]; 17(50):161-181. Disponible en: [goo.gl/2awXpc](http://goo.gl/2awXpc)
21. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* [Internet]. 2010 [acceso Abr 2019]; 7:151-60 Disponible en: <https://bit.ly/2rOI409>
  22. Cracco C, Blanco Larrieux ML. Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias Psicológicas* [Internet] 2015 Oct 1 [acceso Ene 2019]; 9(spe):129-140. Disponible en: [goo.gl/C2bzv9](http://goo.gl/C2bzv9)
  23. Martínez de Toda S. El fracaso escolar en el embarazo adolescente. [trabajo fin de grado]. Universidad de la Rioja. 2015-2016 [acceso Abr 2019]. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE001298.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001298.pdf)
  24. Instituto de Política Familiar. Conciliación de la vida laboral y familiar en España [Internet]. 2005 [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/tN75wj](http://goo.gl/tN75wj)
  25. Seg-social.es [Internet]. Seguridad Social. [acceso Abr 2019]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/FAQ/48581/48909>
  26. Agenciatributaria.es [Internet]. Agencia Tributaria [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/ZVLjqT](http://goo.gl/ZVLjqT)
  27. Consejería de Educación e Investigación y de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. ORDEN 149/2018, de 24 de Ene. Boletín Oficial De La Comunidad De Madrid, nº 31 (69-71). Disponible en: [goo.gl/PSNtU2](http://goo.gl/PSNtU2)
  28. Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria [Internet]. 2014 [acceso Ene 2019]. Disponible en: [goo.gl/2eKHJM](http://goo.gl/2eKHJM)
  29. Casas Benito M. Red de apoyo de la mujer en gestación y postparto: diferencias culturales. [Internet]. 2015. [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/hYR8Nb](http://goo.gl/hYR8Nb)
  30. Entremamas.org. Entre mamás: Acompañamiento en la lactancia, la crianza y la maternidad. [Internet]. [acceso Feb 2019]. Disponible en: [goo.gl/dUsshw](http://goo.gl/dUsshw)
  31. Sánchez J, Hidalgo MV. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Apuntes de



- psicología [Internet]. 2002 [acceso Abr 2019]; 20(2): 243-256. Disponible en: <https://bit.ly/2VgpLRg>
32. Cardoso AMR, Marín HdF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2018 [acceso Feb 2019]; 26:e2997 Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e2997.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e2997.pdf)
33. Diz André II, Elorza Balbás L. Beneficios del masaje infantil. Percepción de las madres en un centro de atención primaria. *Revista Rol de Enfermería* [Internet]. 2017 [acceso Ene 2019]; 40(1): 8-13. Disponible en: [goo.gl/LEJXZu](http://goo.gl/LEJXZu)
34. Narrow WE, Regier D, First M, Sirovatka p. Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Elsevier; 2009 (97-109).
35. Nóbrega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Revista de Psicología* [Internet]. 2009 [acceso Abr 2019]; 27 (1), 29-54. Disponible en: <https://bit.ly/2DqDlau>
36. Who.int [Internet]. World Health Organization. [acceso Ene 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/)
37. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression. *The Nurse Practitioner* [Internet]. 2016 [acceso Ene 2019]; 41(5):50-55. Disponible en: [goo.gl/wG3qhG](http://goo.gl/wG3qhG)
38. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia [Internet]; 2014 [acceso Ene 2019]. Disponible en: [goo.gl/jGaf9X](http://goo.gl/jGaf9X)
39. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS spectrums* [Internet]. 2015 [acceso Ene 2019]; 20(1):48-59. Disponible en: [goo.gl/B7cQ47](http://goo.gl/B7cQ47)
40. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2013 (103-127)

41. González-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatología y Reproducción Humana* [Internet]. 2016 [acceso Ene 2019]; 30(1):24-30. Disponible en: [goo.gl/3DGyq5](http://goo.gl/3DGyq5)
42. Aguiló, E. (2008). La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). *Revista clínica electrónica en Atención Primaria* [Internet] [acceso Ene 2019] (16). Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org>
43. Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de Salud Comunitaria basada en activos [Internet]. 2019 [acceso Ene 2019]. Disponible: [goo.gl/FXk3E4](http://goo.gl/FXk3E4)
44. Bazako Perez L. Análisis de escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues. [trabajo fin de grado]. Gipuzkoa: Universidad del País Vasco. 2015-2016 [acceso Mar 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2CvwY5u>

## ANEXOS

### **ANEXO 1: CUESTIONARIO ANÓNIMO AD HOC.**

Hola mamás y papás, soy una alumna de último curso de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Estoy realizando el trabajo de final de carrera sobre el gran cambio que conlleva ser papá y mamá por primera vez.

Me gustaría que me contaseis lo que supone realmente ser padre o madre.

Estaría infinitamente agradecida si me contestaseis a las siguientes preguntas. Sentíos libres y escuchad@s.

1. ¿Quiénes vivís en casa?
2. ¿Qué factores te han llevado a ser madre o padre ahora mismo?
3. ¿Quiénes te ayudan a cuidar a tu bebé?
4. ¿Cómo te desenvuelves con tu bebé? ¿Tienes alguna dificultad?
5. ¿Qué es lo que más te preocupa? ¿Qué es lo que más te ha costado adaptarte?
6. ¿Cuáles son tus emociones y pensamientos en estos primeros días teniendo al bebé en casa?

Muchas gracias.

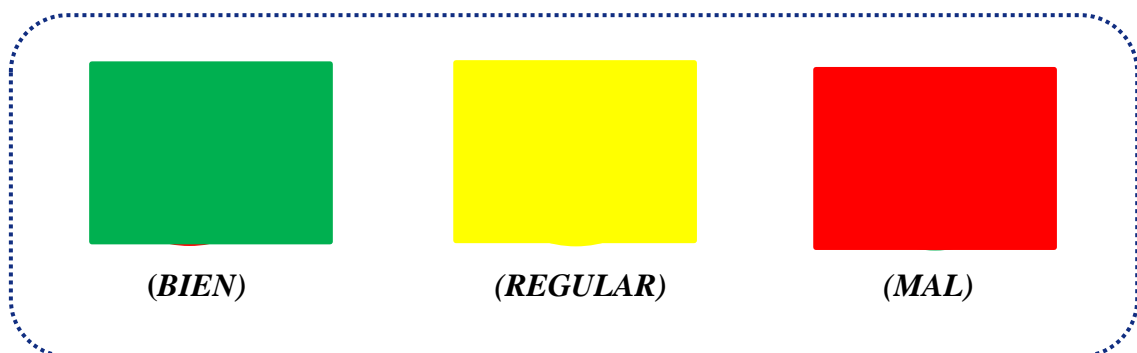
## ANEXO 2: TEST DE CARAS



## ANEXO 3: FOTO PALABRA



## ANEXO 4: SEMÁFORO DE COLORES



## ANEXO 5: GUIÓN DEL OBSERVADOR

### **GUIÓN DEL OBSERVADOR:**

Nombre del observador:

Fecha de la sesión observada:

Nº de Sesión:

Evaluación del proceso:

- ¿Ha habido un clima participativo, de confianza y colaborador?
- ¿El educador/a ha gestionado bien el clima entre los participantes?
- ¿Las actividades eran apropiadas para las características del grupo?
- ¿Las actividades han cumplido los objetivos a las que estaban dirigidas?
- ¿Se han realizado según lo previsto?
- ¿Se han presentado de forma adecuada?
- ¿Los contenidos han sido los adecuados? ¿Ha faltado alguno?

Evaluación de la estructura:

- ¿Ha sido adecuado el tiempo establecido en el cronograma?
- ¿Ha sido un espacio apropiado y suficiente?
- ¿Era apropiado el material en cuanto a número, calidad y necesidades?

Evaluación de los resultados:

- ¿Se han conseguido los objetivos planteados?
- En caso de haber dificultades de aprendizaje ¿A qué se han debido?

Observaciones:

## ANEXO 6: AUTOEVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

### AUTOEVALUACION DE SATISFACCIÓN CON EL PROYECTO

Rellene los espacios para cumplimentar el cuestionario:

	1= muy mala	2 = mala	3 = regular	4 = buena	5=muy buena
Mi opinión general de los talleres					
La utilidad para mi vida					
Los temas tratados					
El trabajo del educador/a					
Mi participación en las dinámicas					
La satisfacción con el programa					

Expresa tres aspectos que le han gustado del programa:

Expresa tres aspectos que cambiaría o añadiría al programa: