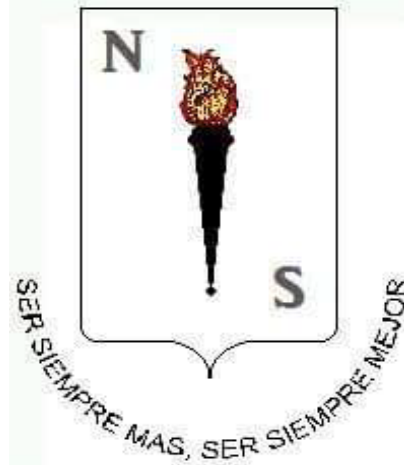


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON DEPRESIÓN  
POSTPARTO, DESDE LA PERSPECTIVA DE DORIS GRINSPUN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BRENDA GÓMEZ OROZCO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

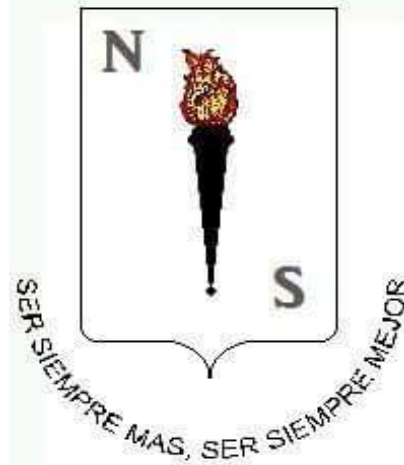
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON DEPRESIÓN  
POSTPARTO, DESDE LA PERSPECTIVA DE DORIS GRINSPUN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BRENDA GÓMEZ OROZCO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2021

## Agradecimientos

Quiero agradecer a mi madre, Rita Orozco Gómez por apoyarme siempre, por estar siempre conmigo y por creer en mí; gracias por tus esfuerzos y sacrificios, por tantas horas de trabajo de tu parte para poder darme una carrera, gracias por ser mi fuente de inspiración y motivación para seguir adelante y sobre todo gracias por ser madre y padre para mí.

Gracias a Dios por permitirme vivir, por permitirme levantarme todos los días y nunca darme por vencida, y sobre todo gracias por darme a la maravillosa madre que tengo.

Gracias también al amor de mi vida por siempre apoyarme y estar conmigo en las buenas y en las malas, gracias porque tú, al igual que mi madre, ser mi fuente de inspiración y motivación para seguir adelante, gracias por nunca dejarme dar por vencida y por no dejarme caer, sobre todo gracias por amarme como lo haces, R.

Gracias a las personas que también me apoyaron un poco en el camino de mi carrera, gracias por aportar su granito de arena.

## Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a mi madre, Rita Orozco Gómez, por ser mi madre, mi amiga, mi cómplice, mi confidente y por creer siempre en mí y apoyarme en todo momento; te dedico infinitamente éste trabajo.

También quiero dedicar este trabajo al amor de mi vida, R, por amarme y estar conmigo en las buenas y en las malas, por apoyarme y creer en mí; éste trabajo también es para ti amor.

# Índice

1.- <b>Introducción</b> -----	1-4
2.- <b>Marco teórico</b> -----	5
2.1 Vida y obras-----	5
2.2 Influencias-----	6-7
2.3 Hipótesis-----	7
2.4 Justificación-----	7-8
2.5 Planteamiento del problema-----	8
2.6 Objetivos-----	8
2.6.1 General-----	8
2.6.2 Específicos-----	9
2.7 Método-----	9
2.7.1 Científico-----	9
2.8 Variables-----	10
2.9 Encuesta y resultados-----	11-12
2.10 Graficado-----	13-16
3.- <b>Generalidades</b> -----	17
3.1 Antecedentes-----	17-18
3.2 Fisiología del embarazo-----	18-20
3.3 Concepto-----	20-22
3.4 Frecuencia -----	22-23
3.5 Síntomas-----	23-24
3.6 Causas-----	24-26
3.7 Factores de riesgo-----	26-30
3.8 Trastorno depresivo-----	31-32
3.9 Desórdenes psiquiátricos del postparto-----	32-36
4.- <b>Diagnóstico, tratamiento, prevención y consecuencias de la enfermedad</b> -----	37
4.1 Presentación clínica y diagnóstico-----	37-40
4.2 Métodos de detección-----	40-42
4.3 Escala de depresión post-parto de Edinburgh-----	42-44

4.4	Impacto de la enfermedad	44-47
4.5	Tratamiento	47-56
4.6	Prevención	56-60
4.7	Riesgos de no tratar la enfermedad	61
4.8	Consecuencias	61-66
4.9	Efectos	67-70
5.-	<b>Tabúes, estudios, prevalencias y estrategias de autocuidado</b>	70
5.1	Razones por las que las madres no hablan de su enfermedad	70-71
5.2	Enfoque multidisciplinario	71-75
5.3	Hostilidad y depresión	75-77
5.4	Estudios nacionales e internacionales en torno a la depresión posparto	77-81
5.5	Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo	81-86
5.6	Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia	86-99
5.7	Actividad física	99-103
5.8	Búsqueda de una nueva forma de maternidad	103-104
5.9	Estrategias para el autocuidado y autoayuda materna	104-106
6.-	<b>Investigación en torno a la depresión posparto</b>	106
6.1	Realidad en el sistema público de atención de salud	106-109
6.2	Análisis del problema y sus consecuencias en el embarazo adolescente	109-114
6.3	Evidencia cuantitativa de unidades obstétricas públicas en México	114-117
6.4	Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto	117-119
6.5	Políticas públicas en México	119-122
6.6	Costoefectividad de los tratamientos	122-123
6.7	Efectividad de tratamientos para la depresión en la población mexicana	123-124

6.8 Comorbilidad de la depresión con otras enfermedades crónicas-----	124-125
6.9 Parricidio-----	125-128
<b>7.- Seguimiento y valoración de la depresión postparto-----</b>	<b>128</b>
7.1 Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje-----	128-134
7.2 Modelos de Mercer y Beck-----	134-138
7.3 Seguimiento de la depresión al año del parto-----	138-140
7.4 Detección de la Suicidalidad en mujeres con Depresión durante el embarazo y el posparto-----	140-141
7.5 Experiencia de la mujer con depresión posparto-----	142-143
7.6 Valoración de las mujeres con depresión posparto-----	144-146
7.7 Guía para el cribado en la práctica clínica-----	146-147
7.8 Cribado inicial de las mujeres en el posparto-----	147-149
7.9 Beneficios del contacto piel con piel y la lactancia materna-----	149-153
<b>8.- Cuidados e intervenciones de enfermería en la depresión posparto-----</b>	<b>153</b>
8.1 Cuidados de enfermería-----	153-155
8.2 Tratamiento de la depresión postparto y los cuidados de enfermería-----	155-156
8.3 Intervenciones de enfermería en este tipo de pacientes-----	157-159
8.4 Planificación de visitas y actividades de enfermería-----	159-163
8.5 Ejecución del plan de cuidados-----	163-167
8.6 Seguimiento y evaluación-----	167
8.7 Estrategias de implantación-----	168
8.8 Cuidados de enfermería a la mujer con depresión posparto y la Escala de Edimburgo-----	169
8.9 Recomendaciones-----	170
<b>9.- Conclusión-----</b>	<b>171-174</b>
<b>10.- Bibliografía-----</b>	<b>175</b>
10.1 Básica-----	175-179
10.2 Complementaria-----	179-181



10.3 Electrónica-----	181
11.- <b>Glosario</b> -----	182-198

## 1.- Introducción

El embarazo es una etapa de la vida de la mujer en la que se producen numerosos cambios tanto positivos como negativos, que pueden repercutir en ésta de diferentes maneras. Desde la antigüedad, se ha relacionado la idea de que la maternidad y especialmente este período, van ligados a sentimientos de bienestar emocional, felicidad, optimismo, etc.

El nacimiento de un bebé puede desencadenar una mezcla de fuertes emociones, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad. Sin embargo, puede derivar algo no esperado: la depresión. La mayoría de las madres primerizas sienten melancolía posparto después del nacimiento del bebé, que generalmente incluye cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir. La melancolía posparto generalmente empieza dentro de los primeros dos o tres días después del parto, y puede durar hasta dos semanas.

La OMS define la depresión como "trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio".

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es uno de los trastornos que ocasiona mayor discapacidad en el mundo y se estima que, dentro de unos años, será la principal causa de discapacidad en las mujeres. En México, al igual que en otros países, la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con cifras de 10.4% y 5.4%, respectivamente. Esta brecha es más amplia en el periodo reproductivo.

La depresión es conocida desde el inicio de la humanidad, se le llamaba "melancolía" y se hace referencia a ella en la Biblia, en Macabeos. Los antiguos griegos hablaron de "estados de ánimo" alterado en el Siglo I a.n.e Concretó Hipócrates la concepción griega afirmando que si la tristeza y el miedo se

prolongaban constituirían un cuadro de melancolía y, Galeno describió la melancolía como una alteración crónica del estado de ánimo. En la Edad Media los religiosos consideraban que quienes padecían depresión estaban poseídos por "espíritus malos" y en el siglo XVI fue aceptada la melancolía como una enfermedad mental, incluyéndose en 1952 en la Clasificación del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-I).

La construcción de la maternidad como un estado idealizado de felicidad y satisfacción ha dificultado el reconocimiento de la depresión perinatal y la aceptación del hecho de que muchas madres experimentan sentimientos contrarios al goce y alegría esperados. Esto ha influido en que el estudio de la depresión perinatal no iniciara sino hasta muy recientemente, en los años 80 del siglo pasado.

En concreto, la depresión postparto, constituye un trastorno depresivo mayor que se produce en el puerperio de la mujer. Es posible detectarlo hacia la semana cuatro después del parto, presentándose el mayor porcentaje de síntomas alrededor de la semana doce. Sin embargo, puede ocurrir hasta un año después del nacimiento del bebé.

En la sociedad actual, las redes de apoyo entre mujeres se han perdido bastante. Por un lado, la familiar nuclear hace que sea la pareja la que afronte la etapa de maternidad. Por otro, el aumento de la movilidad laboral la aleja de su familia y de sus amigos. En general, hoy en día las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos, como parte de una sociedad en la que la maternidad no se valora como debe ser.

Este conjunto de cosas hace que las experiencias que se suelen compartir entre madres pasen por alto los sentimientos profundos y reales, como los sentimientos contradictorios ante el embarazo, ya que la inmensa alegría que supone la noticia del embarazo lleva asociados sentimientos de temor, miedo, incertidumbre, etc. Al ser el posparto un periodo crítico, es necesario que los profesionales de enfermería asuman como una prioridad el cuidado de la mujer, del recién nacido y de la familia. Ahora bien, como en la actualidad no existe una guía que oriente al profesional de enfermería al respecto, es indispensable recoger la información de investigaciones

valiosas que giran alrededor del asunto en una guía de cuidado de enfermería en el periodo posparto, basada en la evidencia.

El vínculo afectivo es la atracción que un individuo siente por otro. La conducta de apego busca la unión emocional y seguridad del bebé hacia su madre. Distintas especialidades de enfermería indican la importancia de trabajar el vínculo afectivo, las relaciones familiares y utilizar el proceso enfermero partiendo de modelos conceptuales. Los modelos conceptuales de Mercer y Beck estudian factores a considerar en la formación y desarrollo de vínculos afectivos entre madres e hijos. Este estudio pretende desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan una atención óptima al bebé y su familia. Analizando los elementos comunes y diferenciadores de ambos modelos y justificando la necesidad de prestar especial atención a la formación y mantenimiento del vínculo materno-filial desde la perspectiva de las diferentes especialidades de enfermería, se utiliza el proceso enfermero para la detección y resolución de problemas que afecten al vínculo afectivo y a las relaciones familiares.

En el ámbito profesional de la enfermería, las especialidades de enfermería familiar y comunitaria, pediatría, salud mental y obstetricia, enfatizan, de manera implícita o explícita, la importancia de trabajar el vínculo afectivo y las relaciones familiares. Desde esta perspectiva podríamos afirmar que, parten de la hipótesis de que la intervención de enfermería en el niño, en los padres y la familia favorece el desarrollo del vínculo afectivo y la cohesión de la unidad familiar. Entender la vivencia de la maternidad permitirá detectar las necesidades que la familia tenga, favorecer los procesos de adaptación, intervenir en el desarrollo de la familia como promotora de la salud y promover el vínculo afectivo familiar.

Se sabe que las competencias individuales de las enfermeras varían entre las distintas categorías de los profesionales de enfermería y dependen del ámbito de su práctica. Los conocimientos, las capacidades, la actitud, el análisis crítico y la toma de decisiones mejoran con el tiempo gracias a la formación y la experiencia. Se espera que las enfermeras únicamente lleven a cabo las valoraciones e intervenciones para las que posean las capacidades y los conocimientos

adecuados. Por otra parte, es imperativo que los profesionales de enfermería soliciten las consultas apropiadas en los casos en que las necesidades de cuidados de la madre requieran un enfoque multidisciplinar. También es importante tener en cuenta que el diagnóstico de depresión posparto sólo puede establecerse mediante una entrevista clínica diagnóstica llevada a cabo por un especialista en salud mental capacitado.

Ningún estudio hasta la fecha ha investigado hasta qué punto la detección de la depresión posparto, en última instancia, mejora la salud mental de las mujeres en el posparto. Hasta el momento, la investigación sobre hombres y mujeres con depresión fuera del periodo de posparto ha demostrado escasa eficacia: el cribaje no ha aumentado de manera constante el número de pacientes que reciben tratamiento para la depresión o el número de pacientes que se recuperan de su depresión.

Es importante señalar que, aunque se han llevado a cabo investigaciones limitadas para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión posparto en los países menos desarrollados, no existe una investigación que aborde las poblaciones multiculturales e inmigrantes. Esto supone una limitación grave, teniendo en cuenta que el parto y el puerperio se conceptualizan y experimentan de manera diferente en diversas culturas.

Al igual que existe una falta de investigación sobre la depresión posparto en poblaciones de otras culturas, existen pocos estudios que avalen las intervenciones en otras poblaciones de mujeres con depresión posparto.

El presente trabajo pretende hacer una revisión de una parte de la información existente hasta el momento acerca de esta patología y aspectos relacionados con ella: definición, factores relacionados, complicaciones, tratamiento, etc. también busca ampliar los conocimientos sobre este tema que, para mucha gente resulta en parte desconocido, y concienciar de la importancia que tiene en la actualidad. Sobre todo, la relevancia de la detección precoz de estos casos.

## **2.- Marco teórico**

### **2.1 Vida y obra**

La Dra. Doris Grinspun es la Gerente General de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) desde 1996. Antes de esto, trabajó en puestos clínicos y administrativos en Israel y en los Estados Unidos y desde 1990 hasta 1996 se desempeñó como Directora de Enfermería en el Hospital Mount Sinaí en Toronto. Además, la Dra. Grinspun lleva más de dos décadas dirigiendo numerosos proyectos internacionales en América Latina, Europa, China y Australia. Publicando y sirviendo extensivamente de conferencista magistral en Canadá y en el extranjero, la Dra. Grinspun es una firme defensora del sistema de salud universal de Canadá y de la contribución de las enfermeras en su éxito. Ha recibido numerosos premios profesionales y académicos y en 2003 fue investida con la Orden de Ontario, que reconoce el más alto nivel de excelencia en esta provincia de 13 millones de habitantes.

En 2010 Grinspun fue reconocida como una de las diez personas Hispano-canadienses más influyentes. En 2011 la Universidad de Ontario Institut of Technology (UOIT) le confirió un doctorado honorario en Derecho, por su eminente carrera como visionaria, promotora y defensora incansable de la excelencia en la atención al paciente, y por transformar a la enfermería y la salud con la introducción de guías RNAO de práctica clínica basadas en la evidencia usadas ya mundialmente.

En el 2012 ella recibió el premio de liderazgo en Enfermería de Sigma Theta Tau Lambda-Pi-At-Large; y en 2013 fue reconocida con el Jubileo de Diamante de la reina Isabel II; como también el premio nacional de Liderazgo en Enfermería del Colegio de Lideres de Salud de Canadá. La Dra. Grinspun ha sido celebrada en numerosas publicaciones nacionales e internacionales como un agente de cambio positivo.

Libros: Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development, Implementation Science, & Evaluation

## 2.2 Influencias

Doris Grinspun nos dice: Es importante saber que RNAO es una organización no partidista, y trabajamos con los líderes y miembros de todos los partidos, para asegurarse de que todos estamos trabajando hacia una agenda común, que es mejorar la atención de salud y bienestar para nuestros ciudadanos. Colaboramos con muchos, y también formamos coaliciones fuera de las organizaciones tradicionales de atención de la salud. Creo firmemente que las enfermeras (os) deben participar con grupos de sociedad civil para darle una voz más potente a la opinión pública sobre temas sociales y ambientales que afectan la salud (por ejemplo, la pobreza y los pesticidas), como también los servicios de salud y de enfermería.

Ya se trate de la práctica clínica, la gestión o la política, mi carrera se ha desarrollado sobre la base de principios y valores que se han mantenido firmes: 1) mejorar las vidas y experiencias de los pacientes y sus seres queridos, enfermeras (os), y la sociedad; y 2) quedarme en un lugar hasta que todos los sueños que hemos planeados se vean en la realidad.

Tome el cargo de gerente general de la RNAO en 1996. Teníamos en ese entonces 11 mil miembros en la asociación, y un papel muy limitado y poca influencia de los miembros que representábamos y nada de influencia sobre el sistema o gobierno. Me di cuenta muy luego de que RNAO necesitaba desesperadamente transformarse en una asociación conectada con sus miembros y con el público. Una asociación que tuviese metas y posiciones claras y basadas en evidencia. Una asociación con coraje. Mi borde directivo me dio luz verde y desde ahí nadie nos ha podido - ni querido- parar. ¿Por qué? Simple: porque hablamos en forma genuina de temas que son vigentes, importantes y que llevan a una mejoría en resultados de salud. Los miembros 41,500 son un "movimiento de cambio positivo." Tenemos miles de miembros liderando cambios en sus comunidades y sus lugares de trabajo. Los 90 expertos que trabajan hoy en la asociación están cada uno como en una misión. Realmente, es energizante ver donde estábamos en el 96, y cuán rápido

cambio todo, una vez que decidimos con claridad de valores y propósito de acción. También es maravilloso ver como esto ha repercutido en el respeto inmenso que el público, los medios de comunicación y todos los políticos le tienen a la enfermería y a las enfermeras.

Lo que más disfruto de mi función es identificar las áreas del sistema que necesitan ser fortalecidas, y trabajar con nuestro equipo para desarrollar respuestas óptimas incluyendo a las enfermeras (os) en articular y movilizar estas propuestas de cambio. Tengo la ventaja de haber tenido el privilegio de vivir en cuatro países (Chile, Israel, Estados Unidos, Canadá), con cuatro sistemas de salud y redes de protección social muy diferentes. Eso, sumado a mi trabajo como enfermera, especialista en enfermería clínica, gerente de nivel medio y director de enfermería, han sido ingredientes claves a la efectividad del liderazgo como gerente general de la RNAO.

### **2.3 Hipótesis**

Los factores económicos, familiares y sociales, así como el apoyo de la pareja y si fue un embarazo planeado o no, influyen más en que una mujer pueda presentar depresión posparto; pues no es lo mismo que una mujer embarazada cuente con el apoyo de su familia y de su pareja, así como que tenga una posición económica buena y estable, que el embarazo haya sido planeado y que se encuentre en un ambiente social favorable, para que así existan menos probabilidades de padecer depresión post parto, a que una mujer embarazada que no cuenta con nada de lo antes mencionado, tenga más probabilidades de padecer depresión postparto.

### **2.4 Justificación**

Son escasos los estudios sobre este tema en México y los resultados no se ven reflejados en mayor consciencia por parte de profesionales de la salud y población general; tampoco en la puesta en marcha de programas prioritarios que atiendan la salud mental materna.



La depresión postparto no recibe todavía la suficiente importancia que requiere dadas las consecuencias que puede llegar a generar. Poner en marcha medidas de detección precoz de factores de riesgo e implantar un tratamiento psicoterápico y educacional a tiempo, puede prevenir posibles casos de depresión puerperal. Hay que fomentar y educar a los servicios de atención materno-infantil sobre conductas como la lactancia y el contacto piel con piel, ya que pueden suponer elementos reductores de los niveles de ansiedad y la sintomatología depresiva.

Por otra parte, en la actualidad la estancia hospitalaria en el posparto se ha venido reduciendo a un tiempo muy breve, que obliga a los profesionales de enfermería a ejercer mayor vigilancia, educación y control, involucrando a la familia en el cuidado del binomio madre-hijo. A este cuidado en las primeras horas y días después del nacimiento no se le ha dado la suficiente importancia.

## **2.5 Planteamiento del problema**

Muchas madres por el entorno y la cultura en que viven, algunas veces sin un apoyo económico y familiar presentan una depresión post parto; la cual se caracteriza por síntomas como tristeza, decaimiento, trastornos de sueño, poco o mucho apetito, insomnio, fatiga, hasta en situaciones graves con pensamiento suicida.

La depresión post parto además de afectar a la madre puede afectar al bebé porque la madre siente un rechazo hacia él, lo cual puede producir una alteración en el vínculo madre e hijo, debido a que la madre no puede llenar la necesidad de amor y afecto que el bebé necesita.

## **2.6 Objetivos**

### **2.6.1 General**

Establecer recomendaciones precisas para el cuidado de enfermería durante el periodo posparto.

## **2.6.2 Específicos**

- Estandarizar el cuidado de enfermería en el posparto hospitalario y en la atención domiciliaria.
- Suministrar instrumentos para el cuidado de enfermería en el periodo posparto.
- Hacer recomendaciones en el cuidado de enfermería en la depresión posparto.
- Brindar pautas para fortalecer el vínculo afectivo madre-hijo.
- Proveer información sobre los cuidados en la depresión posparto.

## **2.7 Métodos**

El término método proviene del griego meta-, “hacia”, y hodós, “camino”, lo cual sugiere que su significado sea “el camino más adecuado hacia un fin”. Es decir, que un método es un procedimiento que elegimos para obtener un fin predeterminado.

En consecuencia, los métodos de investigación son los distintos modelos de procedimientos que se pueden emplear en una investigación específica, atendiendo a las necesidades de la misma, o sea, a la naturaleza del fenómeno que deseamos investigar.

### **2.7.1 Científico**

El método científico, es una serie de procedimientos de tipo lógico y experimental que permiten comprobar una hipótesis mediante experiencias controladas, replicables y precisas, o sea, mediante eso que conocemos hoy en día como ciencia.

Se realizó un estudio de 50 mujeres, en periodo posparto inmediato, mediano y tardío, hasta un año después del parto; se aplicó una encuesta de 45 preguntas de respuestas de SI o NO. Posteriormente se realizó la captura de resultados y el graficado.

## 2.8 Variables

Derivada del término en latín *variabilis*, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable. En otras palabras, una variable es un símbolo que permite identificar a un elemento no especificado dentro de un determinado grupo. Este conjunto suele ser definido como el conjunto universal de la variable (universo de la variable, en otras ocasiones), y cada pieza incluida en él constituye un valor de la variable.

Las variables independientes son las que cambian o son controladas para estudiar sus efectos en las variables dependientes. Estas son controladas por el experimentador.

Variables independientes: entorno familiar, estado civil, edad, embarazo, estado socioeconómico.

Las variables dependientes son las que se investigan y se miden. Las variables dependientes cambian en respuesta a las independientes.

Variables dependientes: depresión post parto.

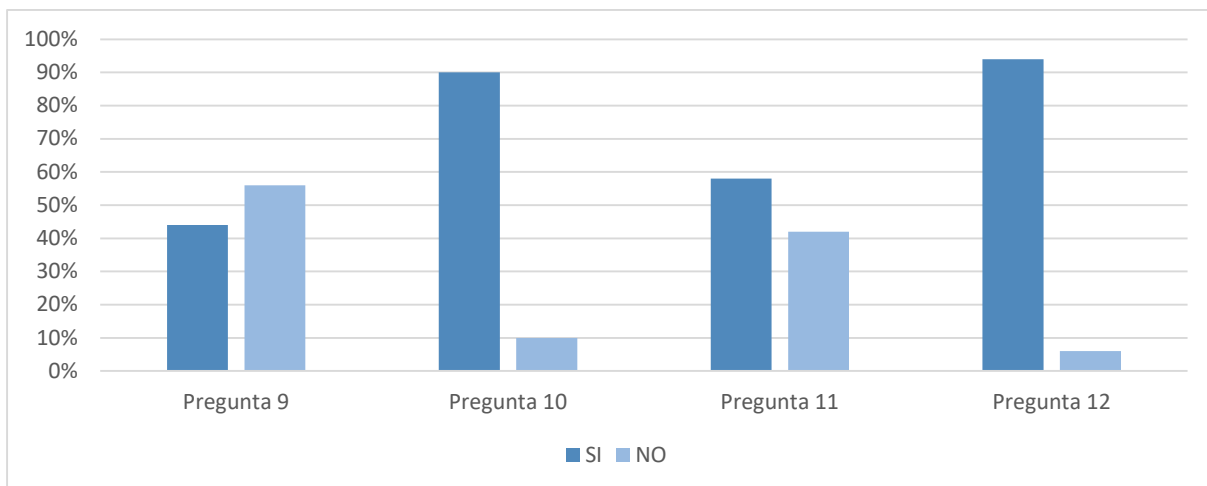
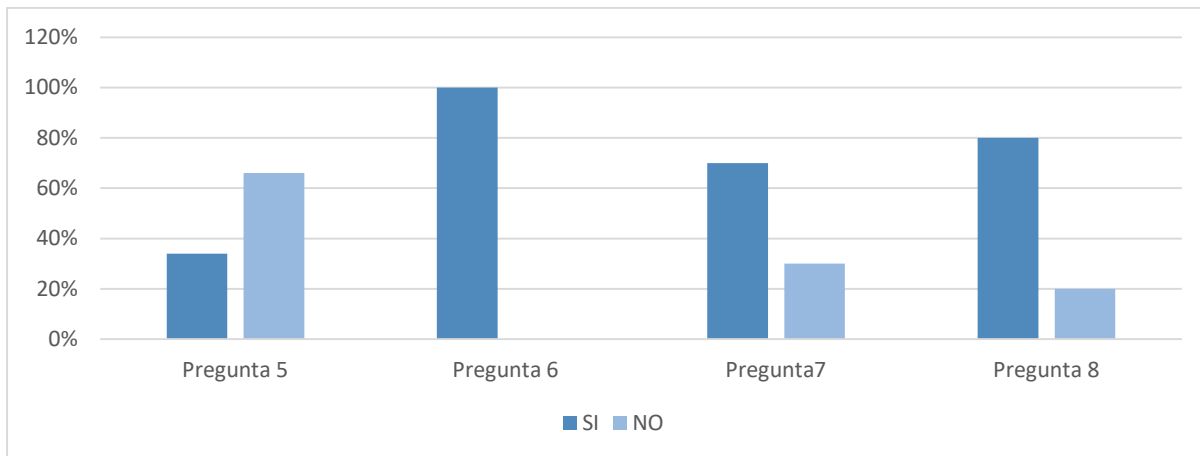
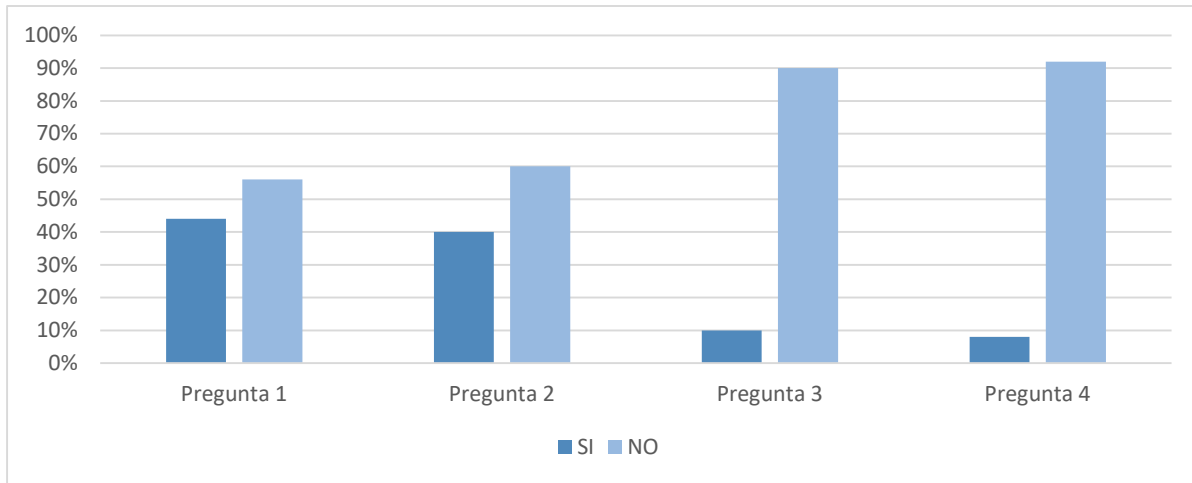
## 2.9 Encuesta y resultados

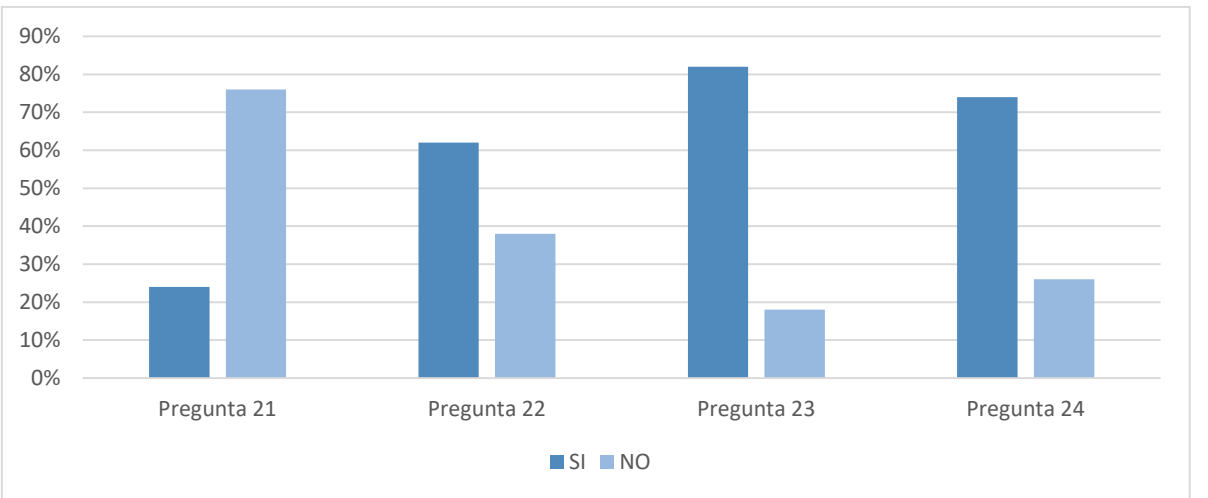
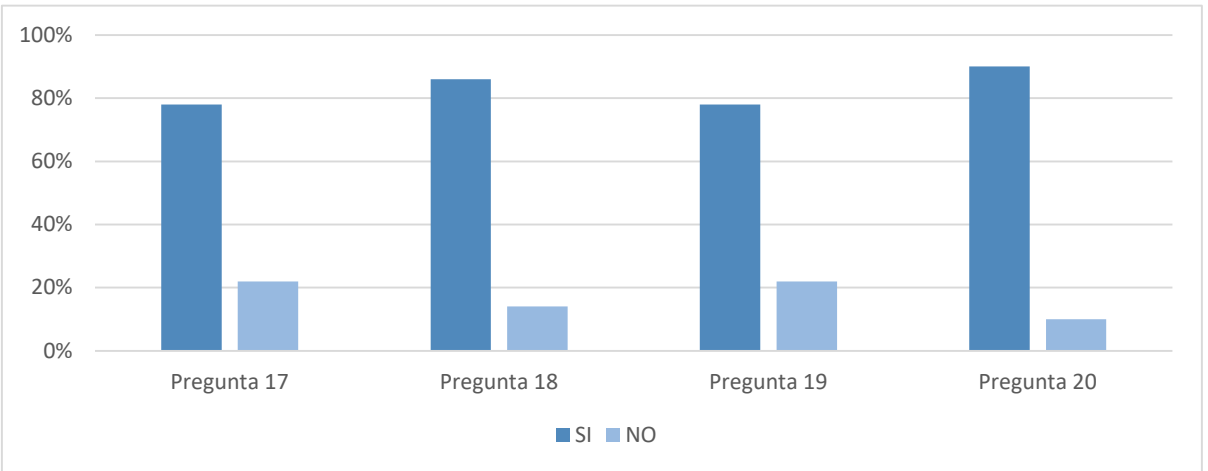
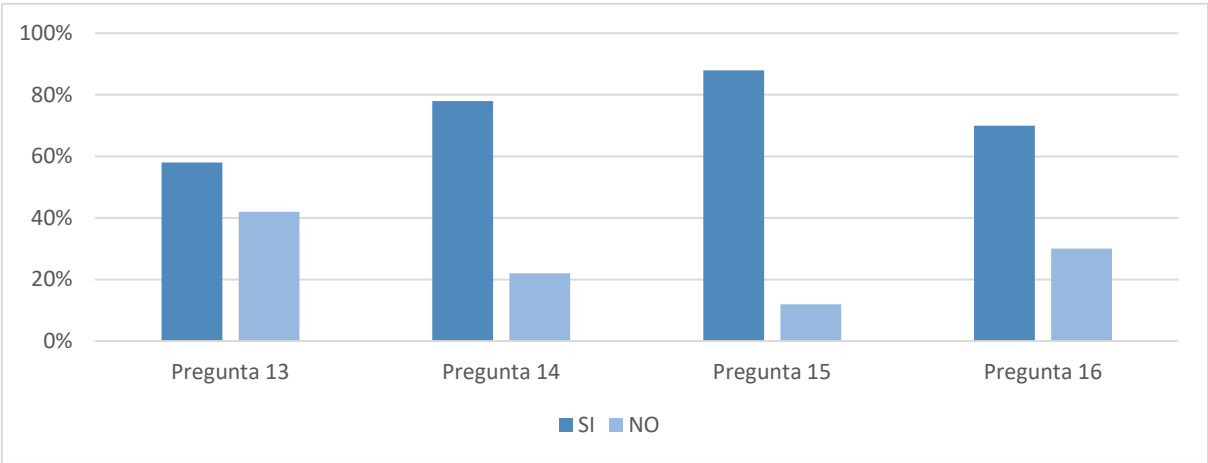
De acuerdo a la siguiente encuesta realizada a 50 mujeres en periodo posparto inmediato, mediato y tardío, y hasta un año después del posparto, se obtuvieron los siguientes resultados.

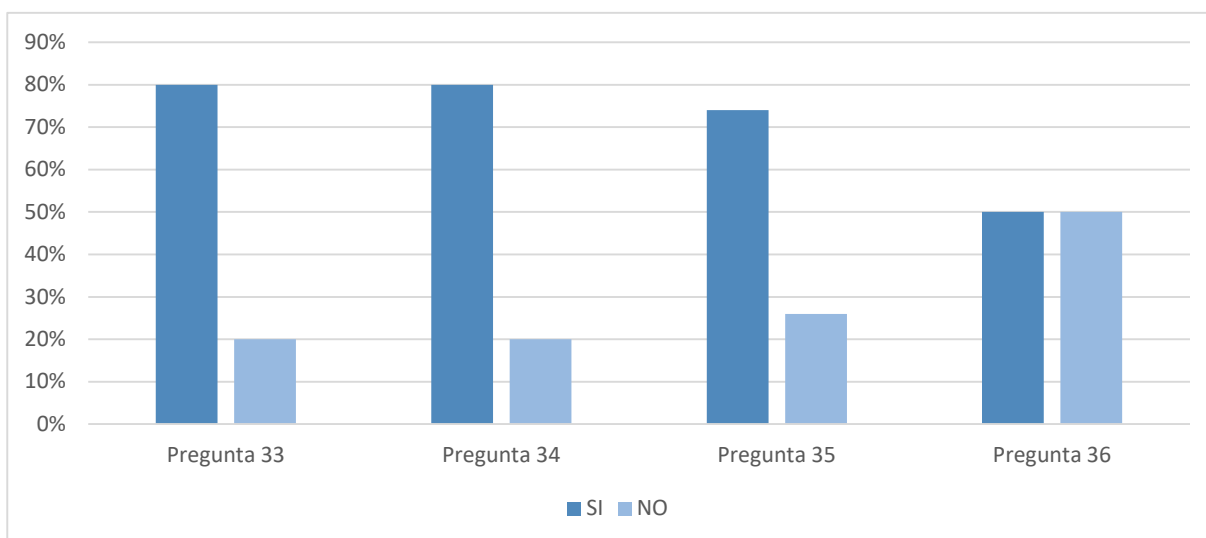
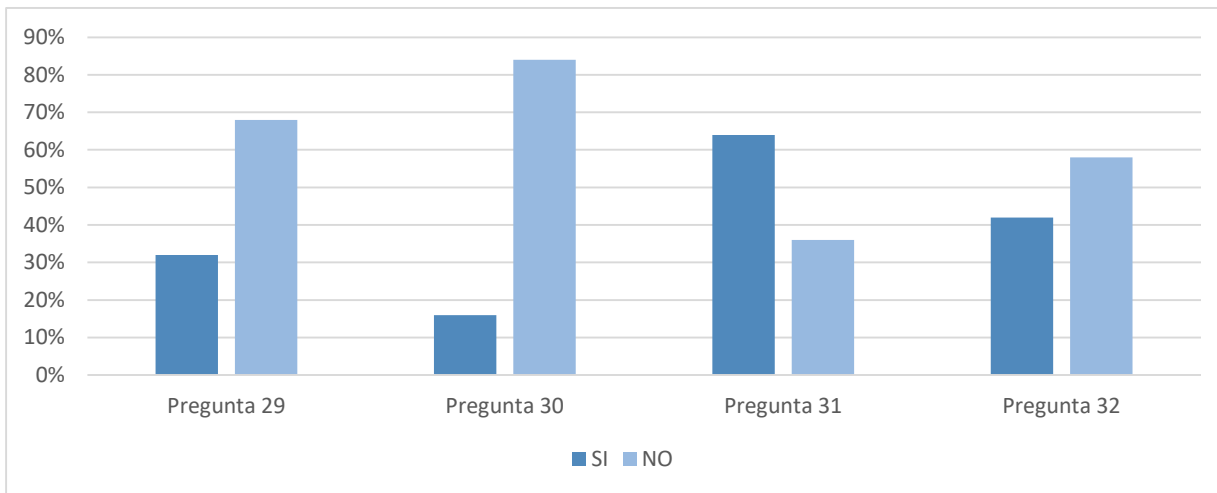
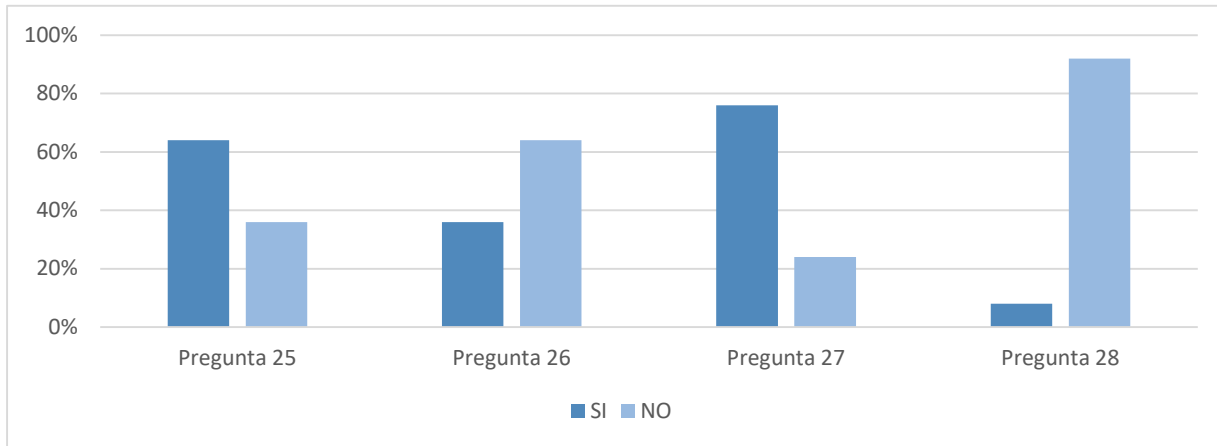
Pregunta	SI	NO
1. ¿Sabe usted qué es la depresión post parto?	44%	56%
2. ¿Alguna vez ha recibido información sobre la depresión post parto?	40%	60%
3. ¿Alguna vez ha padecido depresión post parto?	10%	90%
4. En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿Recibió algún tipo de tratamiento?	8%	92%
5. ¿Conoce usted los síntomas de la depresión post parto?	34%	66%
6. ¿Tiene usted hijos?	100%	
7. ¿Se encuentra actualmente con el papá de su(s) hijo(s)?	70%	30%
8. ¿Su relación es buena con su pareja?	80%	20%
9. ¿Su(s) hijo(s) fueron planeado(s)?	44%	56%
10. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia?	90%	10%
11. ¿Cuenta usted con el apoyo de la familia de su pareja?	58%	42%
12. ¿Su relación es buena con su familia?	94%	6%
13. ¿Su relación es buena con la familia de su pareja?	58%	42%
14. ¿Su estado económico actual es bueno?	78%	22%
15. ¿Su pareja la apoya económicamente?	88%	12%
16. ¿Su pareja la apoya emocionalmente?	70%	30%
17. ¿Durante su embarazo su pareja estuvo con usted?	78%	22%
18. ¿Durante su embarazo su familia estuvo con usted?	86%	14%
19. ¿Considera usted que cuenta con los recursos necesarios para su(s) hijo(s)?	78%	22%
20. ¿Se siente usted feliz después del nacimiento de su(s) hijo(s)?	90%	10%
21. ¿Se siente usted triste después del nacimiento de su(s) hijo(s)?	24%	76%

22. ¿Se siente usted preocupada después del nacimiento de su(s) hijo(s)?	62%	38%
23. ¿Considera usted que es una buena madre?	82%	18%
24. ¿Durante su embarazo, alguna vez se sintió triste sin razón alguna?	74%	26%
25. ¿Durante su embarazo, alguna vez se sintió preocupada sin razón alguna?	64%	36%
26. ¿Ha sentido miedo o pánico sin motivo alguno?	36%	64%
27. ¿Ha tenido problemas para dormir?	76%	24%
28. ¿Ha pensado en hacerse daño a sí misma?	8%	92%
29. ¿Ha pensado en hacerle daño a alguien más?	32%	68%
30. ¿Ha pensado en hacerle daño a su(s) hijo(s)?	16%	84%
31. ¿Se ha culpado a sí misma por las cosas que han salido mal?	64%	36%
32. ¿Ha recibido alguna vez orientación sobre cómo cuidar a su(s) hijo(s)?	42%	58%
33. ¿Usted amamantó o amamanta a su(s) hijo(s)?	80%	20%
34. ¿Su(s) hijo(s) durmieron con usted los primeros meses de vida?	80%	20%
35. ¿Pasa usted tiempo con su(s) hijo(s)?	74%	26%
36. ¿Cuándo se siente mal, lo habla con alguien?	50%	50%
37. ¿Se desespera cuando su(s) hijo(s) lloran?	60%	40%
38. ¿Se estresa cuando su(s) hijo(s) lloran?	52%	48%
39. ¿Su pareja le ayuda a cuidar a su(s) hijo(s)?	60%	40%
40. ¿Usted trabaja?	80%	20%
41. ¿Usted pasa mucho tiempo sola en casa con su(s) hijo(s)?	34%	66%
42. ¿Le agrada quedarse sola en casa con su(s) hijo(s)?	66%	34%
43. ¿Tiene tiempo libre para usted?	70%	30%
44. ¿Tiene alguna actividad que le guste hacer?	80%	20%
45. ¿Desde que tuvo a su(s) hijo(s), tiene tiempo para hacer sus actividades?	34%	66%

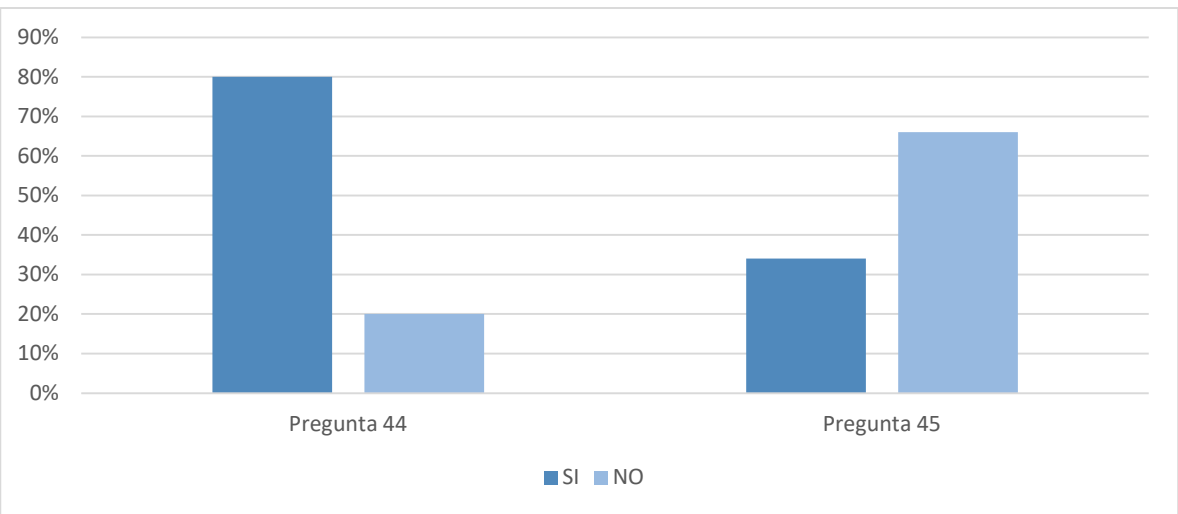
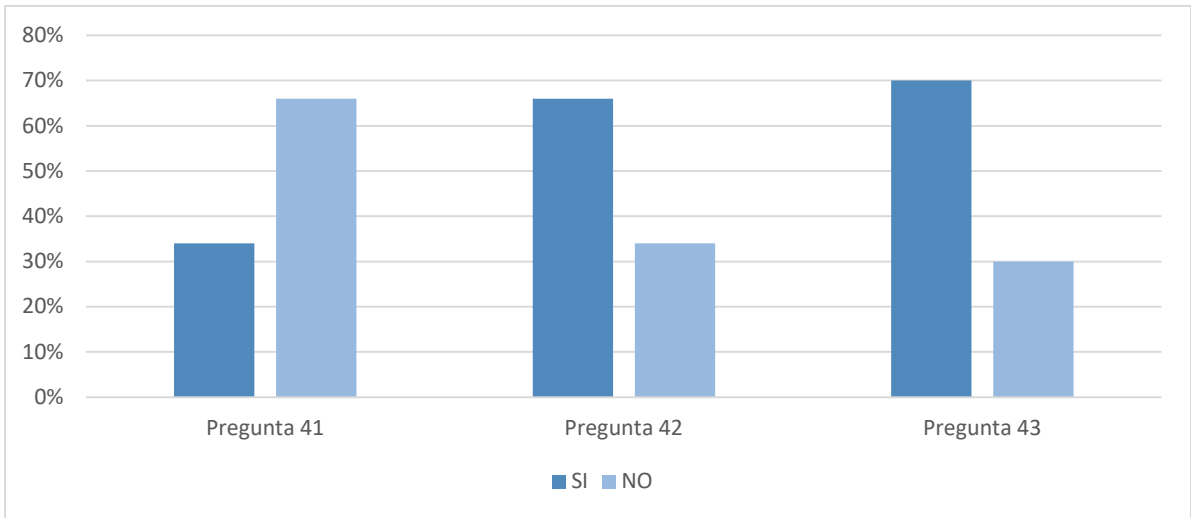
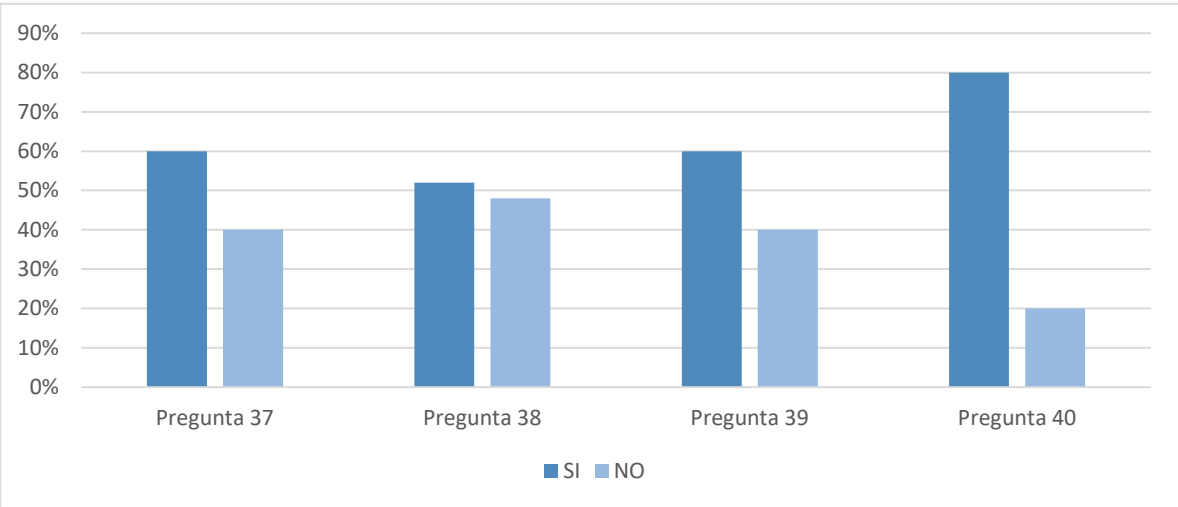
## 2.10 Graficado











### **3.- Generalidades**

#### **3.1 Antecedentes**

Los problemas emocionales postparto se pueden encontrar desde los escritos de Hipócrates, quien consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía postparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia.

La relación existente entre el período postparto y las alteraciones del estado de ánimo, especialmente la psicosis, se remota a Hipócrates (700 a. C.). algunos consideran que Trotula (s. XI d. C.), doctora en Salerno, fue la primera que reconoció la DPP como entidad, en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*: “si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua, y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas”. En 1818, Esquirol describió una mujer que presentó depresión durante cada uno de sus cinco embarazos y en 1858, Louis Víctor Marcé publicó el *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas), considerado como el primer tratado de psiquiatría perinatal. Una de las descripciones más extendidas de la DPP fue la de Brice Pitt (1968), quien utilizó por primera vez el término de depresión “atípica” para referirse a la DPP, dado el importante componente ansioso observado, con marcada labilidad emocional e irritabilidad, sentimientos de incapacidad, confusión, así como variación diurna con empeoramiento vespertino.

Por contraparte, situándonos en un contexto futuro, la OMS, en sus proyecciones hacia 2020, incluye a la depresión como una de las condiciones que se estiman pueden acarrear problemas de salud pública.

A nivel psicológico, el embarazo en la adolescencia representa una crisis que se superpone con la crisis propia de la etapa. En comparación con las madres adultas, las madres adolescentes tienden a ser socialmente más aisladas y pueden experimentar mayores niveles de estrés; otros síntomas de depresión entre las

madres adolescentes es la pérdida de peso, la autoeficacia materna disminuida, los conflictos familiares, y la baja autoestima.

Un 49.8% de hijos de madres deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales. Al respecto, cabe mencionar que a nivel nacional no existen muchos artículos recientes relacionados a depresión postparto.

En los últimos veinte años ha habido un creciente reconocimiento de que, para algunas mujeres, la gravidez y el postparto pueden ir acompañados de muchos trastornos, en particular de depresión, conocimiento este opuesto al de la creencia popular ampliamente difundida de que es un periodo de alegría para todas las mujeres. Por temor a no ser comprendidas, muchas mujeres no revelan los sentimientos de tristeza, pues se sienten culpadas por estar experimentando síntomas depresivos en un momento que debería ser de alegría. Son frecuentes pensamientos obsesivos sobre los cuidados y la salud del bebé, siendo el síntoma más precoz la disonancia en la interacción, aun antes de manifestarse los síntomas depresivos.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.

Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas. En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad.

### **3.2 Fisiología del embarazo**

El embarazo es un periodo que en condiciones normales dura 9 meses y comienza cuando se unen un óvulo y un espermatozoide en la trompa del aparato reproductor femenino. De esta unión, resulta la formación de un huevo que se traslada hasta el

útero, donde proseguirá su desarrollo. Allí permanecerá hasta convertirse en un feto totalmente adaptado a la vida fuera de la placenta.

Conviene explicar de manera breve y sencilla éste proceso de desarrollo y transporte del embrión. En primer lugar, sucede la fase de segmentación. En ésta, las células se van dividiendo por mitosis sucesivas y formando otras unidades embrionarias cada vez más complejas. A su misma vez, se va transcribiendo el genoma del embrión.

Una vez se ha formado el llamado botón embrionario, se produce el transporte de éste hacia el útero. Comienza desde la trompa, ésta va generando una serie de contracciones permitiendo así que llegue al útero al cuarto día. El embrión se quedará flotando en su interior unos tres o cuatro días hasta proceder a la implantación.

Hablamos de implantación cuando la unidad embrionaria se adhiere al endometrio y penetra en los vasos sanguíneos maternos. Es un fenómeno delicado que requiere la modificación del endometrio para que sea posible esta implantación. Finaliza siempre que el huevo ha penetrado completamente en éste y la zona de la superficie por donde lo ha hecho se cubre por un tapón de fibrina tapizada por epitelio.

A partir de este momento, se van a ir desarrollando poco a poco todas las estructuras internas y externas principales hasta adquirir características humanas típicas. A esto se denomina: desarrollo embrionario.

Tras esto, se formarán los anejos y placenta, además de las membranas ovulares hasta que el embrión se encuentre ya flotando dentro de la cavidad amniótica. Ésta se encarga de rodear y alojar a todo el embrión y anejos, exceptuando el pedículo embrionario, que con su contenido va a pasar a formar el cordón umbilical. Las membranas ovulares a su vez, protegerán al embrión.

Durante todos estos procesos que van sucediéndose para el progresivo desarrollo del embrión, el organismo materno sufre numerosos cambios que más adelante se van a relacionar con posibles efectos en la depresión materna.

Todos estos acontecimientos que han ido surgiendo hasta la implantación del embrión en el endometrio de la madre, suponen una fase crítica del desarrollo. Se producen una serie de procesos moleculares y de las células gracias a los cambios hormonales de los estrógenos y progesterona entre otros. Se trata de un diálogo continuo entre el organismo de la madre y el del embrión.

Se generan procesos de orden autocrino y paracrino, pero también intervienen otros sistemas del organismo. Por ejemplo, se ha observado la participación de citocinas en la fase de implantación. Esto generaría una alteración del estado inmune de la madre ya que cambios en el equilibrio habitual de las citocinas aumenta la reproducción de anticuerpos, inhibiéndose así la capacidad de respuesta mediada por células.

### **3.3 Concepto**

Se habla de depresión posparto cuando una mujer se deprime tras tener un hijo. A veces puede comenzar durante el embarazo, pero sólo se llama así si continua después de haber tenido su bebé. Este trastorno afectivo puede durar semanas o varios meses.

Si es leve se puede afrontar con un mayor apoyo familiar y de amigos; si es más severa puede necesitar la ayuda del médico/a de atención primaria o incluso de profesionales de la salud mental.

La depresión perinatal es un término usado para describir un episodio de depresión mayor durante el embarazo (también referido como el período anteparto o prenatal) o después del nacimiento (también conocido como período posparto o posnatal) o adopción de un bebé. La depresión perinatal es más que “baby blues”.

El periodo posparto se considera una etapa de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones han demostrado que una mujer es significativamente más propensa a ingresar en un hospital psiquiátrico en las primeras 4 semanas después del parto que en cualquier otro momento de su vida y hasta el 12,5% de todos los ingresos de mujeres en hospitales psiquiátricos se producen durante el posparto. Los trastornos afectivos en el periodo posparto

suelen dividirse en tres categorías: tristeza posparto, depresión posparto y psicosis puerperal.

La tristeza posparto es el trastorno puerperal del estado de ánimo más habitual; las estimaciones de prevalencia varían desde el 30% al 75%. Los síntomas, que suelen comenzar en el posparto inmediato y remitir a los pocos días, incluyen labilidad emocional, irritabilidad, llanto, ansiedad generalizada y trastornos del sueño y del apetito.

Por definición, la tristeza posparto es transitoria, leve, de duración limitada y no requiere más tratamiento que consolar a la paciente. Por el contrario, la psicosis posparto es un episodio de depresión muy grave, caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. Este trastorno es la forma más grave y poco habitual de los trastornos afectivos en el posparto, con tasas de 1 a 2 episodios por cada 1000 partos. La aparición clínica es rápida, con síntomas que se presentan ya en las primeras 48 a 72 horas del posparto, y la mayoría de los episodios se desarrollan dentro de las 2 primeras semanas después del parto. Los síntomas son generalmente el estado de ánimo deprimido o eufórico (que puede fluctuar rápidamente), un comportamiento desorganizado, labilidad emocional, delirios y alucinaciones.

Entre ambos trastornos se encuentra la depresión posparto, un episodio depresivo sin psicosis que se produce en el periodo posparto. En la actualidad, la depresión posparto no está clasificada como una enfermedad separada, sino que se diagnostica como parte de los trastornos afectivos o del estado de ánimo, tanto en el DSM-IV como en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Según el DSM-IV, la depresión posparto es un trastorno depresivo que se inicia en las 4 primeras semanas después del parto.

Los síntomas de la depresión posparto son similares a los de la depresión que no está relacionada con el parto. Sin embargo, a pesar de estas similitudes, la depresión posparto se ve exacerbada con frecuencia por otros indicadores, como la baja autoestima, la incapacidad para hacer frente a la situación, la soledad,

los sentimientos de incompetencia, y la pérdida de la propia identidad. Los síntomas somáticos de la depresión, incluidos los trastornos del apetito y del sueño, suelen estar presentes en las mujeres con depresión posparto. Distinguir entre los síntomas depresivos y las supuestas secuelas "normales" del parto pueden hacer que la depresión posparto sea difícil de diagnosticar.

La depresión posparto es un problema de salud importante para muchas mujeres. Un meta análisis de 59 estudios sugiere que aproximadamente el 13% de las mujeres experimentan depresión después del parto con la mayor tasa de inicio en las primeras 12 semanas después del parto. Estas tasas no difieren entre las mujeres primíparas y multíparas. Aunque hasta un 20% de las mujeres con tristeza posparto desarrollará depresión posparto, otras mujeres disfrutaron de un periodo de bienestar después del parto, seguido por un inicio gradual de los síntomas depresivos.

### **3.4 Frecuencia**

La experimentan 10-15 de cada 100 mujeres que tienen un hijo, aunque puede ser más frecuente ya que muchas mujeres no buscan ayuda o no expresan a los demás sus sentimientos. Sin tratamiento puede durar meses.

Depresión postparto: En México, se han realizado nueve estudios sobre la prevalencia, de 1991 a la fecha. La prevalencia de DPP va de 6.6 a 24.6% por entrevista clínica y de 10 a 20% por auto informe, en zonas urbanas. En población rural solo existen dos estudios publicados, los cuales estiman la prevalencia entre 11 y 12.9%. En mujeres indígenas, solo una investigación ha estudiado este trastorno en un pequeño grupo, encontrando presencia de DPP en 7% de la muestra.

Depresión en el embarazo: En México, de 2001 a la fecha, ocho estudios han abordado el problema, todos en población urbana. La depresión en el embarazo se estimó entre 9 y 14% por entrevista clínica y de 6.4 a 30.7% por auto informe.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud a nivel mundial. De acuerdo con estadísticas, en México, 18.4% (uno de cada 5 niños) que nacieron en

2011 son hijos de madres adolescentes. Una de las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad es el Estado de México. Las madres adolescentes son susceptibles a presentar depresión postparto, la cual afecta 47% de adolescentes en comparación del 13% que afecta a mujeres adultas. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio. La depresión postparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25%; en México, el Instituto Nacional de Perinatología (INP) reportó, en 2001, una prevalencia del 21.7% de depresión postparto.

En México se ha informado una prevalencia de depresión postparto de 17 a 22%, presentándose más en niveles socioeconómicos bajos y en madres adolescentes.

Existen diferentes investigaciones a nivel mundial sobre la prevalencia de este padecimiento, las cuales fluctúan entre el 6 y 34%. En nuestro país, los estudios reportan una prevalencia que va desde 13.9 hasta 32.6%. A pesar de esta situación, se podría hablar de que cerca del 20% de las mujeres que dan a luz pueden presentar síntomas de DPP. En cuanto a la recurrencia, existe una probabilidad del 10 al 35% de volverla a presentar en embarazos posteriores.

### **3.5 Síntomas**

Algunos de los síntomas más comunes que se puede experimentar incluyen los siguientes:

Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada, llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente, preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa, sentirse malhumorada, irritable o inquieta, dormir en exceso o no poder dormir incluso cuando el bebé duerme, tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones, sentir enojo o furia, perder el interés en las actividades que le resultaban agradables, padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular, comer demasiado o muy poco, aislarse de amigos y familiares, tener problemas para crear un vínculo



emocional con su bebé, dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé, pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé.

### **3.6 Causas**

La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. La depresión posparto no ocurre por algo que una madre hace o deja de hacer.

Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, hay factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.

Tener un bebé es un momento de grandes cambios. Tras el parto, las madres experimentan cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales. Es probable que la depresión posparto esté causada por una mezcla de estas cosas. Pueden ocurrir también otros eventos estresantes de la vida que contribuyan a su aparición, tales como los siguientes cambios:

- **Biológicos**

El parto trae consigo cambios hormonales en su cuerpo. Los niveles de estrógenos, progesterona caen bruscamente tras el nacimiento del bebé. No está claro cómo afecta eso a su humor y a las emociones. No han encontrado importantes diferencias entre las mujeres que desarrollan una depresión posparto y las que no lo hacen. Las investigaciones no sugieren que sea la razón de más peso. Los cambios hormonales son más influyentes en la "melancolía posparto" y en la psicosis puerperal.

La depresión posparto puede estar relacionada con estos cambios. Pero mientras esto puede justificar en parte el cuadro, la evidencia sugiere que las hormonas no

son la única causa. Las circunstancias individuales y sociales son también muy importantes.

- **Físicos**

El parto en sí puede resultar agotador y a veces aparecen problemas o molestias físicas, por ejemplo, el dolor postoperatorio de cesárea. La recuperación no siempre es fácil. Tener que cuidar de un bebé hace que se presenten dificultades para el descanso y es posible que la mujer no esté durmiendo lo suficiente.

Si se tiene hijas o hijos mayores, puede reaccionar frente al nacimiento del bebé exigiendo más atención, lo que puede hacer que aún se sienta más cansada. Tal vez tenga poco apetito y no esté comiendo bien. Cuando sucede esto es fácil llegar a sentirse físicamente agotada.

Algunas mujeres también se sienten menos seguras y atractivas después del parto debido a que su cuerpo cambia de forma y no tienen tiempo para ocuparse de ellas mismas. Por el contrario, en algunas ocasiones, quienes sufren depresión cuidan especialmente su apariencia y la de su bebé para ocultar la sensación de fracaso que están experimentando. Mantener las apariencias y sonreír cuando no se siente bien, también puede ser físicamente agotador.

- **Emocionales**

A menudo las mujeres no experimentan tras el nacimiento de su hijo los sentimientos que habían esperado. La primera vez que tienen un bebé, un gran número de mujeres no sienten una abrumadora ola de "amor maternal", sólo se sienten un poco cansadas y un tanto distantes. Esto es perfectamente normal. Algunas madres quieren a sus bebés desde el primer momento, pero en otras ese sentimiento va creciendo de manera más gradual. Lo principal es no preocuparse ni sentirse decepcionada si el período posparto no se vive a la altura de sus expectativas.

Es cierto que muchas mujeres dicen que están más sensibles durante este período, de manera que pueden sentirse mucho peor de lo habitual ante cualquier dificultad.

- **Sociales**

Tener un bebé puede causar un gran caos. Las exigencias de un niño/a pequeño/a pueden hacer que sea difícil mantener una vida social activa. También puede generar tensión en la pareja y puede resultar difícil encontrar un tiempo para estar juntos. Debido a que muchas personas ya no viven cerca de miembros de la familia, muchos de los nuevos padres pueden sentirse muy aislados y las nuevas madres pueden no tener a mucha gente que las pueda ayudar, en particular, aquellas que no cuentan con el apoyo de sus padres. Incluso aquellas que tienen familiares y amigos/as dispuestos/as a prestar ayuda pueden tener dificultades para pedirla. En estos caos este período puede resultar agotador.

La prensa, las revistas y los programas de televisión nos dicen que tener un bebé es una experiencia maravillosa pero no mencionan los aspectos más difíciles. Las mujeres a veces sienten que debería ser un momento "perfecto" por lo que oyen en los medios de comunicación y los que otras personas pueden decir acerca de la maternidad. Pueden pensar que todo el mundo se las arregla para dar a luz de forma natural y que se convierten fácilmente y de inmediato en madres perfectas. Esto puede dificultar el pedir ayuda.

### **3.7 Factores de riesgo**

Los factores psicosociales juegan un papel importante en la aparición de DPP (depresión postparto) y, aunque algunos factores biológicos podrían estar implicados (por ejemplo: cambios en estradiol y progesterona) los resultados de estos estudios continúan siendo controvertidos.

Los agentes psicológicos más sólidamente relacionados a la DPP son la historia de depresión, la ansiedad durante la gestación y la carencia de apoyo social, ya sea en tareas de la vida diaria o como apoyo emocional. En México, se han realizado cinco estudios, que incluyen factores.

Algunos factores de riesgo identificados son muy similares a los referidos en países desarrollados, tales como, historia previa de depresión, ansiedad prenatal, bajo apoyo social, estrés prenatal y mala relación de pareja, y otros más característicos

de los países en desarrollo: ingreso económico bajo, baja escolaridad, no trabajar fuera del hogar, embarazo no planeado, abortos y número de embarazos, entre otros. Estos últimos aluden a problemas estructurales, al estatus social y al poder de decisión de las mujeres en los países menos desarrollados.

Según la literatura internacional, entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser multípara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado y/o deseado el embarazo. Factores de riesgo muy similares, como historia de depresión e ideación suicida, ser multípara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre versus estar casada. La violencia por parte de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva 6.2 veces y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva y ansiosa. La mujer que haya presentado algún episodio de DPP está en riesgo de sufrir episodios similares en partos futuros y en momentos no relacionados al parto.

Otro factor que se ha visto que podría tener relación con el desarrollo de la depresión postparto es el Síndrome Premenstrual. Se trata de un fenómeno que puede suceder a las mujeres unos siete a diez días previos a la menstruación, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos como: cansancio generalizado, irritabilidad, cambios en el humor, tensión, ansiedad, etc. Además, se produce cierto deterioro de la actividad social y funcional secundario a esta sintomatología. Las mujeres que presentan este síndrome, tienen mayor tendencia que el resto a desarrollar un episodio depresivo postparto, en donde se mencionan los siguientes factores:

- **Genéticos**

Los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica es uno de los elementos que más se relaciona con el riesgo de desarrollar la depresión postparto en los diferentes estudios realizados. En concreto, un estudio observó como la variante del

gen C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa, se relacionaba con el estado de ánimo depresivo durante el periodo del embarazo.

Sin embargo, aunque cada vez las enfermedades de salud mental son más conocidas por la población, sigue existiendo cierto reparo o tabú hacia ellas. Por ejemplo, las mujeres que acuden a la consulta de la matrona, podrían sentirse incómodas a la hora de comentar que su padre tuvo esquizofrenia o su madre una psicosis postparto. De esta manera, a veces los antecedentes familiares psiquiátricos pueden quedar encubiertos.

- **Personales**

Dentro de los factores personales, juegan un papel muy importante los antecedentes personales de la mujer. Por ejemplo, aquellas que han sufrido a lo largo de su vida algún episodio depresivo, tienen un riesgo aumentado del 25 al 40% de que éste se produzca de nuevo en el postparto. Y todavía el riesgo se incrementa más, en los casos en los que se producen episodios de ansiedad o incluso de depresión durante los nueve meses del embarazo.

Estudios realizados por un grupo de matronas del Institut Català de la Salut (ICS), observaron cómo mujeres que habían mantenido durante el embarazo unas cifras en torno a 9 en la EPDS, quizás por ciertos niveles de ansiedad, presentaron un incremento de las puntuaciones en el puerperio.

Además, aquellas que padecen patología psiquiátrica obtienen unos índices de riesgo mayor, ya que puede ocurrir que ésta se descompense. Una de las causas puede ser el hecho de que el miedo a los efectos perjudiciales de los medicamentos en el feto, le hagan abandonar la medicación sin consultar a un profesional sanitario previamente.

El deseo o no del embarazo por parte de la madre, puede verse relacionado con el hecho de que éste afecte al buen estado de su salud mental. Un embarazo no deseado, puede desencadenar sintomatología ansioso-depresiva sobre todo en el primer trimestre, al no tolerar de manera adecuada la noticia inesperada. Pero

también, se ha propuesto que en algunas mujeres estos niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza el embarazo.

Por otro lado, podemos encontrar una serie de factores extrínsecos socio-demográficos que pueden presentar una relación con la depresión puerperal:

- **Sociodemográficos**

Ciertos estudios se plantean si la paridad de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el embarazo y el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras. Se ha sugerido que quizás las primíparas, por el hecho de ser el primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor. Sin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión.

En confrontación a esta teoría, otros proponen que las multíparas, es decir, aquellas que tienen más hijos que el del embarazo actual, presentan más riesgo que las que no o presentaban una mayor puntuación en la EPDS.

Otro factor que a menudo se relaciona con el riesgo de desarrollar esta patología, es la edad de la gestante. Sin embargo, entre los estudios revisados, el tema de la edad presenta bastante ambivalencia y los estudios limitaciones.

Se ha propuesto que las mujeres que se quedan embarazadas a edades más tempranas, pueden llegar a presentar mayores incidencias de depresión postparto que las que tienen mayor edad, sobre todo en los casos de adolescencia.

Por otro lado, el nivel socioeconómico constituye una variable en la que los estudios muestran resultados similares. Una economía personal o familiar precaria, personas con dificultades o ya en situaciones de pobreza, se asocian con un mayor riesgo de sufrir una depresión postparto.

Otros se han centrado en que la causa relacionada con mayores índices de depresión sería el estado civil: "soltera". Pero se ha visto que no es el hecho de no tener pareja durante el embarazo. Puede darse el caso en el que la mujer esté

casada, pero la relación que mantenga no sea de buena calidad o tengan problemas emocionales.

Por tanto, se trata de un conjunto de elementos los que conforman esa red de apoyo a la mujer: una pareja como fuente principal de ayuda, la figura de la madre como asesora y vividora previa de esa experiencia, y los profesionales sanitarios que la atienden en esta etapa. Se trata de promover ese apoyo, para evitar llegar a una situación de enfermedad, ya que este podría ser un factor modificable.

Esta red de apoyo, podría además servir de ayuda en momentos de situaciones vitales estresantes. Es otro de los factores que pueden relacionarse con la depresión postparto. Entendiendo situación vital estresante, como la enfermedad o muerte de un ser querido, enfermedad de la propia mujer, despido del trabajo, historia de abusos, etc. Aquellas mujeres que lo sufren, pueden no saber responder de manera adecuada, incrementándose así sus niveles de estrés y ansiedad y pudiendo derivar estos en una depresión.

También, aspectos relacionados con una enfermedad del feto o recién nacido: retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones o ingreso en la unidad de neonatología suponen un fuerte impacto para los padres. Pueden llegar incluso hasta a auto inculparse de ello y afectar, por tanto, a su salud.

Con todo esto, se observa que existen numerosos factores de riesgo o elementos que indican cierta relación con el desarrollo de un estado depresivo tras el parto o durante el embarazo. Sin embargo, debemos tener en cuenta que muchas veces la sintomatología que pueda presentar la madre puede estar enmascarada y el diagnóstico ser complejo.

Es decir, muchas veces la mujer presenta cambios en el apetito y anhedonia y esto se atribuye directamente a las modificaciones que produce el embarazo, sin pensar mínimamente en un problema de salud mental. Generalmente, la tónica es dar mayor prioridad a los problemas de salud físicos o atribuir todo a lo somático.

### 3.8 Trastorno depresivo

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), define de la siguiente manera el episodio depresivo:

“En los episodios depresivos típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se haya perturbado, en tanto que disminuye el apetito.

Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.”

Tras exponer su definición, la CIE va creando subcódigos para el episodio depresivo según su gravedad y recurrencia o no, pero ninguna de las clasificaciones del mismo hace referencia a un episodio depresivo postparto. Sin embargo, en el código F53 encontramos los “trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte”.

Por otra parte, el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, conocido como DSM, tampoco expone una categoría específica para definir la depresión postparto. La considera como un trastorno depresivo, con la única diferencia de que éste tendría su inicio en el postparto.

Las diferencias entre este trastorno depresivo y el que puede sufrir la población general radican además de en el momento de la vida en el que se presenta, en los factores de riesgo que conlleva el embarazo de una mujer y las consecuencias que



pueden tener tanto para ella como para su hijo y entorno. Además, existe el hándicap, de que, si la mujer desea llevar a cabo la lactancia materna, habría que valorar a conciencia la toma o no de determinados medicamentos ya que pueden llegar al niño a través de la leche materna y no ser buenos para éste.

### **3.9 Desórdenes psiquiátricos del postparto**

La depresión postparto, dentro de los desórdenes mentales que se producen en el puerperio, es quizá uno de los que más se escucha. Sin embargo, no es el único.

A continuación, se exponen una serie de estados, patologías o desórdenes de salud que pueden suponer un riesgo tanto para la madre como para el niño y su entorno:

- **Blues materno o “maternity blues” o tristeza posparto**

Se trata de una fase de cambios en el estado anímico de la mujer, una vez ésta ha dado a luz. Normalmente, sucede durante los diez primeros días tras el parto siendo el pico de síntomas en torno al tercer y quinto día. La sintomatología se caracteriza por una labilidad emocional predominante, presentan periodos de llanto intercalados con irritabilidad, confusión y ansiedad. A pesar de esto, no se trata de una entidad que las imposibilite en cuanto a funcionalidad y relación con su entorno social.

La prevalencia aproximada oscila en torno al 40-60%, pero dado que no están plenamente establecidos los criterios para diagnosticar un blues materno, estos datos podrían ser variables.

Una de las teorías que explican que ciertas mujeres padezcan el blues materno, se inclina hacia orígenes de tipo psicosocial. La maternidad es un periodo de cambios, tanto en la vida de la madre como en el entorno de ésta, en la que influyen una serie de factores culturales, biológicos, tradicionales e incluso económicos. Por ejemplo: el miedo al fracaso, a problemas de salud, la miscelánea de opiniones que los padres reciben del entorno etc.

Si además se suman todos estos elementos del entorno, a los cambios hormonales que sufre la madre previamente mencionados, deriva en ese estado de debilidad emocional que algunas mujeres experimentan.

Esta fase suele durar aproximadamente dos semanas, pero también la situación puede empeorar y derivar en una depresión postparto. Por esta razón, debe existir conciencia en el ámbito sanitario de que algo que se pensaba como banal y transitorio puede tener consecuencias mayores. Ante esto, el control de estas mujeres debería ser continuo mientras sea posible.

Al igual que en el caso de la DPP, existen diferentes estadísticas sobre su prevalencia tanto en México, como en otros países. Esta situación se debe principalmente, a la diferencia en el manejo, calificación e interpretación de las pruebas e instrumentos que se utilizan para detectar y medir los trastornos del estado de ánimo. La mayoría de los investigadores concuerdan en que la TPP se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz.

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica de la TPP; únicamente se han encontrado factores de riesgo, los cuales, al estar presentes, pueden producir que una madre sea más susceptible a presentarla. A pesar de esto, hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes, sin que se dé la presencia de esta alteración.

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca.

El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil, así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido.

Se recomienda informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica, especialmente sobre la diferencia con la DPP. Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad.

Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Así mismo, es preciso enfatizar que, si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.

- **Psicosis puerperal**

Se trata de una enfermedad mental grave que constituye una emergencia psiquiátrica y obstétrica. Las mujeres que padecen esta patología, presentan ideación delirante, alucinaciones visuales, auditivas y confusión. Además, son incapaces de distinguir la realidad de lo que es producto de su mente. Algunos de los pensamientos que se suelen generar son: que sus hijos son criaturas divinas con un legado especial, ellas son las “elegidas” o incluso que su entorno quiere dañar al bebé. Pero no existe un patrón único de comportamiento.

En los episodios de psicosis, algunas mujeres presentan altos niveles de energía con sentimientos de euforia y pensamientos fugaces. En contraposición, otras presentan sintomatología de tipo depresiva con sentimientos de falta de apoyo, falta de autoestima, desesperanza, etc. Incluso existen casos en los que se intercalan periodos de alta energía con esos sentimientos de desesperación.

Normalmente, la psicosis puerperal comienza en las primeras semanas tras el parto y se sucede de un deterioro brusco de la sintomatología. Su causa suele ser de origen psiquiátrico, pero siempre se debe descartar la posibilidad de que sea secundario a una infección postnatal, alteraciones de la glándula tiroides, medicamentos etc.

El porcentaje aproximado de mujeres que pueden llegar a desarrollar una psicosis postparto es de 0,2-0,4%. Estas cifras, se incrementarían notablemente en casos en los que la mujer padezca un trastorno bipolar (25-50%) o un episodio psicótico previo (70%). A pesar de esto, las pacientes deben ser conscientes de que se puede tratar y llegan a recuperarse de ello.

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%. Después de un episodio de PPP, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.

Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo.

A continuación, pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves.

Al comienzo, es necesario un tratamiento farmacológico enérgico, y en la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización. Dependiendo de cada mujer, suelen prescribirse antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas para controlar los episodios de agitación y de ansiedad.

Si la paciente no responde favorablemente a la farmacoterapia o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva. Una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial. En primera instancia, esta intervención está encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. Posteriormente, es necesario trabajar en las siguientes áreas:

- Elaborar el impacto de la crisis.
- Afrontar los efectos de la misma en su identidad, autoestima y rol como madre, así como en el vínculo materno-infantil y en el de pareja.
- Recibir apoyo en la resolución de problemas, así como en el fortalecimiento, mejora o reeducación de habilidades.

Cuando la mujer está en condiciones de cuidar al bebé, y ya no existe riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer paulatinamente este vínculo. A partir de este momento, es necesario en un principio que esté siempre presente algún familiar o profesional de la salud con la finalidad de supervisar y apoyar a la madre en el cuidado de ella misma y del menor. Es indispensable, además, continuar con el tratamiento psiquiátrico y con el proceso psicosocial.

- **Recaída en mujeres con trastorno bipolar**

Según la OMS, el trastorno bipolar “se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir”. Las mujeres con antecedentes de esta enfermedad, tienen mayor riesgo de sufrir una recaída en el postparto y acompañarse ésta de episodios psicóticos.

Estudios realizados en el Departamento de Neuropsiquiatría, Neurofarmacología y Neurobiología de la Universidad de Birmingham a gestantes con trastorno bipolar, confirman ese elevado porcentaje referido previamente, de presentar una descompensación en el postparto. Además, proponen, que esto no se debería únicamente a una causa de cese de medicación psiquiátrica.

Otros factores que atribuyen a incrementar el riesgo, podrían ser: mayor número de episodios de psicosis o manía previos, trastorno bipolar tipo II, episodios postnatales previos de descompensación, episodio depresivo cercano, historia familiar de psicosis, comorbilidades asociadas, embarazos no deseados, etc.

Por otro lado, observaron cómo las pacientes que tomaban un estabilizador del estado de ánimo durante la gestación presentaban una menor tendencia hacia la recaída. Pero hoy en día, el miedo que existe en la población hacia la teratogenicidad de los medicamentos en el feto, lleva a abandonar los fármacos que está tomando la paciente en el momento en el que se entera que está embarazada.

## **4.- Diagnóstico, tratamiento, prevención y consecuencias de la enfermedad**

### **4.1 Presentación clínica y diagnóstico**

La DPP consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto. En la práctica clínica se observa que la depresión del puerperio puede tener su inicio durante un lapso más extenso que comprende desde el embarazo hasta los primeros seis meses posparto, si bien es durante el periodo posparto cuando más frecuentemente hace su aparición la enfermedad.

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos. Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad depresiva y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de DPP, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión. Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el período puerperal.

Algunos estudios han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la DPP no se diferencia mayormente de la hallada durante un episodio depresivo mayor registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. Es así como, según los actuales criterios del DSMIV-TR, se puede realizar el diagnóstico cuando en las primeras cuatro semanas de puerperio se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Hoy en día no se cuenta con un examen de laboratorio o una prueba diagnóstica que permita confirmar o descartar la presencia de un trastorno depresivo. El diagnóstico de la DPP es eminentemente clínico y se realiza mediante la exploración detallada de signos y síntomas en el contexto de la entrevista clínica. Durante la evaluación es recomendable brindar un ambiente de seguridad y respeto a la paciente que permita la adecuada expresión emocional, así como el establecimiento de una buena relación médico-paciente, indispensable para el éxito del tratamiento.

La depresión puerperal debe distinguirse cuidadosamente tanto del puerperio normal como de otros trastornos psiquiátricos frecuentes en este periodo, entre los cuales merecen especial atención el blues posparto y la psicosis puerperal.

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

- Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo.
- Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas.
- Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio.
- Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles.
- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés.
- Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no.
- Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros.
- Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas.
- Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares.

Tan temprano como sea práctico durante el embarazo y 6 a 12 semanas después de un parto, todas las mujeres deben ser cuestionadas en torno a sus ámbitos psicosociales, como parte de la atención normal. Si una mujer afirma la presencia de factores psicosociales, se debe preguntar si le gustaría obtener ayuda con cualquiera de estos temas.

La Escala de Edimburgo o las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el período prenatal y posparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales.

En el primer contacto de una mujer con los servicios de salud, tanto en el embarazo como en el puerperio, los profesionales de la salud (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben preguntar acerca de:

- La existencia de una enfermedad mental grave actual o anterior, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión grave.
- Si ha habido tratamientos previos por un psiquiatra/especialista del equipo de salud mental, incluida la atención hospitalaria.
- Historia familiar de enfermedad mental perinatal.
- Otros factores determinados, como malas relaciones con su cónyuge, no se deberían utilizar para la predicción de rutina del desarrollo de un trastorno mental.

En el primer contacto de una mujer con atención primaria, en las consultas programadas y durante el puerperio (generalmente a las 4 a 6 semanas y a los 3 a 4 meses) los profesionales sanitarios (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben hacer dos preguntas para identificar una posible depresión:

- Durante el último mes ¿se ha sentido a menudo molesta, triste o desanimada?
- Durante el último mes, ¿se ha sentido preocupada por haber perdido interés y satisfacción en hacer cosas?



Se debería considerar una tercera interrogante si la mujer responde "sí" a cualquiera de las dos preguntas iniciales:

- ¿Cree usted que necesita ayuda y le gustaría que le ayudaran?

Si una mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas de identificación de la depresión, el médico tendría que revisar el estado mental de la persona, la funcionalidad asociada y las dificultades interpersonales y sociales.

Se debe preguntar por síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y de 4 a 6 semanas después del nacimiento y 3 a 4 meses posparto.

Para las mujeres consideradas de alto riesgo (aquellas con trastorno depresivo previo o actual), la investigación sobre los síntomas depresivos debe hacerse en cada contacto.

## **4.2 Métodos de detección**

La depresión es una enfermedad mental para la cual existe tratamiento. De este modo, es imprescindible un instrumento que sea capaz de detectarla para establecer una solución lo más tempranamente posible.

El número de medidas de detección que existen para la depresión es muy amplio, de esta manera, los diferentes estudios epidemiológicos muestran diferencias en los resultados de la prevalencia de ésta según el instrumento de detección que apliquen. Pero, además, existen otros factores causantes de estas diferencias que se observan, como pueden ser: el método de selección de la muestra, el tamaño de ésta y la definición del periodo postparto.

Por un lado, existen métodos de diagnóstico estandarizados como pueden ser el DSM (Diagnostic and Statistic Manual), el RDC (Research Diagnostic Criteria) y el Goldberg Criteria, siendo estos dos últimos menos utilizados en los estudios que se realizan. Estos, obtienen prevalencias de la depresión postparto en torno al 12%. Mientras que las medidas de autoinforme, muestran tasas del 14% aproximadamente. Entre éstas destacan: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression

Scale), BDI (Inventario de Depresión de Beck) y el ZDI (Inventario de Depresión de Zung) que no se usa tanto para diagnosticar esta patología.

Únicamente el EPDS, como el título indica, es específico de la patología puerperal que se está analizando. El resto, se utilizan también para detectarla, pero su uso se amplía además a la detección de un episodio depresivo en la población general.

Los más utilizados y que a continuación se presentan son los siguientes:

El manual DSM-IV, es una herramienta que clasifica por códigos todos los trastornos mentales. Presenta una serie de criterios (previamente explicados) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, tanto único como recidivante. Además, incluye la opción de clasificar la patología según un nivel de severidad. Pero, sin embargo, no existe un código creado únicamente para la depresión puerperal.

El inventario de Depresión de Beck, diseñado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. Es una medida de auto informe empleado a nivel mundial. Se encuentra validado en diferentes versiones y traducido a múltiples idiomas, además de haber sido utilizado en alrededor de 2000 estudios empíricos.

Se trata de una escala que detecta sintomatología depresiva y se utiliza tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Contiene 21 ítems con cuatro opciones que aumentan gradualmente la intensidad o severidad de los síntomas. Según la puntuación de los resultados, se podrían establecer cuatro subgrupos:

- 0-9: estado de ánimo normal
- 10-18: estado depresivo leve
- 19-29: estado depresivo moderado
- 30-63: estado depresivo grave

Centerfor Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): creada por Radloff en 1977, se trata de una escala de autoevaluación que evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva para poder establecer un diagnóstico. Consta de 20 ítems, que se estructuran en cuatro partes: sintomatología somática, afectivo-cognitiva, el bienestar y las relaciones o el comportamiento interpersonal.

A pesar de esta diferenciación, la valoración de la escala debe ser global e interrelacionando las partes. Es decir, una mujer podría hacer por primera vez la entrevista durante el embarazo y valorar la parte somática e interpersonal de manera más negativa que el resto. Sin embargo, en un primer momento, ésta no considera que su salud afectiva esté dañada. Ante una situación como ésta, se debe estar atento o alerta porque puede suponer un riesgo notable de, en un futuro cercano como el puerperio; desarrollar una depresión y que la parte afectiva repunte más tarde. La puntuación va de 0 a 60, situándose el punto de corte en 16. Aunque algunos estudiosos han propuesto que este punto de corte no sería tan adecuado para la población adolescente.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): diseñada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, es una medida de auto informe que busca detectar depresión materna en el puerperio. Presenta una eficacia elevada, tanto en el entorno intrahospitalario como en Atención Primaria. Se ha probado en numerosos países, ya que está traducida a numerosos idiomas.

Es el único instrumento específico del periodo postparto, aunque también se utiliza a lo largo del embarazo. Presenta unos altos valores de sensibilidad y especificidad, 76,7 y 92,5% respectivamente. Consta de 10 ítems que pueden alcanzar una puntuación máxima de 30, situándose el punto de corte en el valor 12. Por tanto, una puntuación mayor sería indicativa de una posible depresión.

En cuanto a este punto de corte, se encuentran discordancias a la hora de establecer el valor exacto para discriminar un episodio depresivo. En los casos en los que los resultados no fueran concluyentes o dudosos, la escala se podría repetir unas dos semanas después.

### **4.3 Escala de depresión post-parto de Edinburgh**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que

la “Melancolía de la Maternidad” pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-

parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

#### **4.4 Impacto de la enfermedad**

La depresión perinatal tiene consecuencias graves para la propia madre, el curso del embarazo y el desarrollo de las y los infantes. El embarazo por sí mismo es un periodo de cambios y transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, sobre todo para quienes son madres por primera vez.

La depresión interfiere con la disposición de la madre a cuidar su salud, por ejemplo, no busca atención prenatal a tiempo y es más propensa a conductas de riesgo, como tomar medicamentos sin prescripción médica, abusar del alcohol, tabaco y otras drogas, y llevar una alimentación inadecuada. Estos comportamientos inciden en un mayor riesgo de parto prematuro y en que la persona recién nacida tenga bajo peso y sufra retraso en su desarrollo. Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto.

Cuando la depresión se presenta en el posparto puede incidir en el hecho de que la madre disfrute su maternidad. La DPP puede demoler la vida de la madre, así como la de la pareja, infante y familia. En un gran número de casos, la depresión es vivida en soledad, ya que es difícil que las mujeres hablen de estos sentimientos por vergüenza y temor al estigma.

La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas. La DPP se ha relacionado con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacción madre-hija/o de baja calidad, lo cual provoca apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en infantes, así como problemas respiratorios y diarreas, en países de bajos ingresos.

Aliviar el sufrimiento y reducir los síntomas de depresión que padece la madre tiene que ser el objetivo primario de las intervenciones para reducir las consecuencias de la DPP, lo que puede implicar romper con la construcción social de la maternidad como un vehículo para la reproducción y de la “buena madre” como alguien que debe sacrificar todo por el beneficio del hijo o hija. Llevar a buen término el embarazo y satisfacer las necesidades de las y los infantes durante el primer año de vida, no depende solo de los cuidados maternos, sino de la participación de la pareja (en caso de que exista), familia, sociedad y proveedores de salud.

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. A continuación, se exponen los impactos que tiene esta patología tanto en la madre como en el niño:

- **Impacto en la madre**

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las

diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el posparto, queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

- **Impacto en el hijo**

Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés. Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, APGAR más bajo y nacimientos prematuros.

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con DPP pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta.

Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la DPP en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno. En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones

extrañas. La DPP persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente.

## **4.5 Tratamiento**

Las mujeres con depresión puerperal requieren un manejo cuidadoso y bien documentado por parte del médico que permita detener el impacto negativo de la enfermedad y a la vez disminuir el riesgo que pueda tener el tratamiento para la salud del niño. En todo caso, ninguna opción terapéutica está libre de riesgos; el bebé puede quedar expuesto ya sea a los efectos nocivos de los medicamentos a través de la leche materna, a las consecuencias adversas de no recibir la lactancia materna, o a los efectos negativos de la enfermedad depresiva de la madre si ésta no es tratada. La decisión final debe ser un acuerdo entre el médico y la paciente adecuadamente informada por él y provenir de un riguroso análisis sobre los riesgos y beneficios de las posibilidades terapéuticas para cada caso en particular.

La mayoría de las mujeres se pondrán bien sin tratamiento al cabo de semanas, meses o un poco más. Sin embargo, esto puede suponer mucho sufrimiento. La depresión posparto puede arruinar la experiencia de la nueva maternidad y estropear la relación con el bebé y con su pareja. Así que, cuanto menos dure, mejor. Es importante pedir ayuda cuanto antes, para aliviar la depresión, para reforzar la relación con su bebé y para ayudar al desarrollo del mismo a largo plazo. Deberían informarle sobre los riesgos y beneficios que puede tener el tratamiento para que pueda tomar la mejor decisión.

- **Las psicoterapias**

Puede suponer un gran alivio el solo hecho de ser escuchada de forma comprensiva, atenta y sin críticas por amigos y/o familiares. Además, hay tratamientos psicológicos más especializados.

La terapia cognitivo conductual puede ayudarle a ver cómo algunas formas de pensar y de comportarse pueden hacer que se deprima. Otras psicoterapias pueden ayudarle a entender lo que le pasa centrándose en sus relaciones o en su historia pasada.



Estos tratamientos son habitualmente muy seguros, pero a veces hablar sobre ciertos temas puede traerle malos recuerdos del pasado y hacerle sentir mal, también pueden añadir tensión en la relación con su pareja.

Otro problema con la psicoterapia es que a veces es difícil acceder a ella. Hay listas de espera muy largas y puede que no se consiga el tratamiento que se necesita. Si la madre tiene una depresión más severa o no ha mejorado con apoyo y un clima tranquilo, puede necesitar tomar algún fármaco antidepresivo. Los antidepresivos empiezan a hacer efecto a las cuatro semanas aproximadamente y se tienen que tomar durante unos 6 meses a partir de la mejoría.

Cuando la madre necesita tomar antidepresivos y está dando el pecho, teniendo en cuenta todas las ventajas que aporta la lactancia, no es necesario abandonarla, ya que los recién nacidos tienen un sistema hepático y renal muy eficaz que será capaz de eliminar la pequeña cantidad del fármaco que contiene la leche materna. No obstante, existen algunos antidepresivos cuyos niveles en leche materna son inferiores a otros y por tanto más seguros para el bebé.

Los fármacos antidepresivos y la psicoterapia son igual de efectivos, pero son más recomendables los fármacos en caso de que la depresión sea severa o lleve ya bastante tiempo de evolución.

- **Psicoterapia interpersonal**

Se ha demostrado empíricamente que la “psicoterapia interpersonal” puede ser útil. Se trata de sesiones de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos, pero que no son de tipo psicoanalítico. Esta variedad puede realizarse individualmente o en grupos de mujeres o de parejas que están enfrentando la depresión. El terapeuta se enfoca en el estilo de relacionarse de la persona.

Algunos terapeutas exploran esto basándose en la historia de apego (de la paciente con sus propios padres) y sus modelos de trabajo de las relaciones interpersonales. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer en cuanto a la transición a la maternidad. Las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo

repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé. La terapia tiene un enfoque basado en el “aquí y ahora” y se requiere que el terapeuta no dude en dar consejos y sugerencias a la mujer de cómo enfrentar su situación.

El terapeuta explica a la paciente que sufre de depresión que éste es un problema frecuente en esta etapa de la vida. Enfatiza que los síntomas de depresión no son culpa de ella, y que la depresión es altamente tratable y la respuesta terapéutica es generalmente buena. Otro punto de enfoque en las sesiones, son los cambios que tendrán lugar en la relación entre la mujer y su marido o compañero durante el embarazo y después del parto y ayudarle a comunicar sus necesidades más directamente al marido. Las sesiones ocurren cada semana si es posible y la terapia es de tiempo limitado, por ejemplo, durante 12 sesiones.

- **Psicoterapia bebé-padres**

Con base en los trabajos pioneros de Donald W. Winnicott (1970), Selma Fraiberg y cols. (1975) y Serge Lebovici (1987), en las últimas décadas han emergido nuevas modalidades de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de “psicoterapias padres-bebé, cuyos objetivos principales son: ayudar a desarrollar la “parentalidad”, esto es, el proceso psicológico de convertirse en madre y/o padre.

Así como, fomentar la adquisición de competencias maternas y/o paternas, principalmente la sensibilidad, disponibilidad emocional, sintonía afectiva y mentalización (o capacidad reflexiva), al igual que favorecer en el recién nacido, lactante o preescolar, todas las líneas de desarrollo (emocional, cognoscitivo, del lenguaje, social) con objeto de que cursen de manera óptima, o bien, si existiese un desarrollo alterado, que pueda éste volver a su cauce conforme a lo esperado por la edad y grupo cultural de referencia.

- **Terapia de pareja**

Las crisis por las que pasa la pareja serán cada vez más uno de los principales factores de riesgo para experimentar depresión, lo cual se hace más evidente en la

gestación debido a la vulnerabilidad física y psicológica de la mujer, ya sea por problemas de infidelidad, insatisfacción en las áreas amorosa y sexual, por amenaza de separación o por la consumación de la misma.

Si bien el Manual psicodinámico constructivista para el tratamiento de conflictos de pareja, no fue diseñado específicamente para parejas con depresión, en el INPerIER probó ser un instrumento de gran utilidad para el tratamiento de la mujer con diagnóstico de depresión clínica y su pareja, comprobando ser un instrumento de gran utilidad en el tratamiento de mujeres y hombres con sintomatología depresiva.

La psicoterapia de pareja permite que ambos muestren cómo se relacionan en la cotidianidad, que se establezca un compromiso de trabajo mutuo, ya que a través de las tareas que se sugieren, producto del trabajo en la terapia, se observa en las parejas la posibilidad de modificar o sustituir una respuesta que favorezca la mejoría de los síntomas de la depresión en quienes la padecen, así como evitar sus consecuencias en la dinámica familiar.

- **Otras estrategias terapéuticas**

Es cierto que para la mayoría de estas estrategias de intervención no se puede afirmar científicamente que sean eficaces, debido a la escasez de estudios de tratamiento y grupos control con asignación al azar, y otros requisitos metodológicos. Sin embargo, varios métodos han mostrado ser promisorios en los estudios que existen hasta ahora. A continuación, se muestran algunos métodos de tratamiento utilizados para dicho trastorno:

- **Masajes**

Tiene efectos terapéuticos tranquilizantes y produce cambios bioquímicos que pueden aliviar la depresión. Puede ser practicado por un masajista o en su defecto por el esposo, la madre u otra persona adulta, que puede ser entrenada brevemente para tal propósito. Field y cols. han mostrado los efectos benéficos del masaje en otros problemas, tales como los trastornos de ansiedad y también lo han utilizado con éxito en los bebés. Este grupo ha demostrado que practicar el masaje en el

bebé ayuda también a la madre, en términos de aumentar su nivel sérico de algunas endorfinas, lo cual tendría un efecto tranquilizador en ella.

Hay evidencia de que la terapia de masaje produce cambios bioquímicos importantes, asociados con un menor nivel de estrés y depresión, por ejemplo, una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina. Estas dos últimas sustancias químicas, son neurotransmisores que se piensa, se encuentran disminuidas durante la depresión, por lo que su aumento se asociaría con una mejoría en el estado de ánimo y nivel de energía.

Un estudio de Field y cols. con 84 mujeres embarazadas deprimidas, asignó al azar a las mujeres a un grupo de control, uno de relajación muscular y uno de masaje. El masaje era administrado por el compañero de la embarazada. Duró 16 semanas y se practicó por veinte minutos dos veces por semana. El mismo horario se mantuvo para el grupo con relajación muscular. Al final de las 16 semanas había menos síntomas de depresión y ansiedad en el grupo del masaje, con menor frecuencia asimismo de dolor de espalda y de piernas. Estas mujeres tenían niveles séricos más bajos de cortisol y noradrenalina, y más altos de serotonina y dopamina. Sus bebés, cuando nacieron, tuvieron una mejor calificación en la evaluación neonatal de Brazelton.

- **Acupuntura**

Ésta es otra terapia alternativa, sobre cuya eficacia hay una evidencia limitada con mujeres embarazadas y deprimidas. Manber y cols. estudiaron un grupo de 61 mujeres embarazadas y deprimidas. Se asignaron 20 a un grupo de terapia de acupuntura activa, 21 a otro grupo de acupuntura no activa (falsa acupuntura, aunque las mujeres no sabían si la acupuntura era real o falsa) y a 20 se les proporcionó masaje. La acupuntura se administró por ocho semanas durante el embarazo. Los resultados mostraron que hubo una mayor remisión de los síntomas de depresión en las mujeres que tuvieron la acupuntura activa.

- **Fototerapia**

Otra intervención que puede ser útil en la depresión es la fototerapia, cuya eficacia en general para la depresión estacional ha sido demostrada empíricamente. La depresión “estacional” es aquella que tiende a recurrir cada invierno todos los años; al revisar la evidencia de la fototerapia con luz brillante para la depresión no estacional; se ha demostrado su eficacia, que es semejante a la del uso de medicamentos antidepresivos. La fototerapia se puede intentar con cualquier mujer que esté deprimida, aunque la depresión no sea de tipo estacional y puede ser una alternativa útil en la embarazada y en la etapa posparto. La estimulación luminosa puede producir cambios bioquímicos en el cerebro que aumentan el nivel de neurotransmisores que elevan el estado de ánimo. Suele ser necesaria una lámpara de suficiente intensidad y luz blanca.

- **Medicamentos antidepresivos**

En el caso de la depresión grave, o cuando hay frecuentes pensamientos de muerte o suicidas, o sentimientos de impotencia, insomnio grave o incapacidad de funcionar y atender al bebé, puede ser necesario usar medicamentos. Siempre será preferible, si esto es posible, evitar el uso de antidepresivos durante el primer trimestre del embarazo. La mayoría de mujeres y familiares preferirían no usar medicamentos. Actualmente, tienden a utilizarse los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS).

Estos medicamentos se clasifican en EUA en el “grupo B”, lo que quiere decir que, aunque no se ha demostrado que sean completamente inocuos para el bebé, no hay evidencia de que produzcan malformaciones u otros trastornos graves en éste. Entonces se pueden prescribir durante el embarazo, pero sólo cuando los beneficios sean mayores potencialmente que los riesgos de su uso.

Es claro que estos antidepresivos sí cruzan la barrera placentaria y, por lo tanto, el feto está expuesto a ellos. También se ha sugerido que el bebé podría tener un peso más bajo al nacer.

Los antidepresivos más utilizados son la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina. Hay menos experiencia e información con los más nuevos, como la venlafaxina. Es necesario que el psiquiatra o neurólogo al hacer la recomendación de utilizar medicamento, informe a la paciente (y a su compañero u otro familiar) que no hay certeza de que éstos no tengan ningún efecto negativo en el bebé, aunque tampoco evidencia de que causen algún daño mayor.

Se ha observado un síndrome de supresión del antidepresivo en el recién nacido, cuando su madre ha usado el medicamento continuamente hasta antes del parto. El bebé manifiesta síntomas semejantes a los de la influenza y puede haber temblores y llanto excesivo por la supresión súbita del medicamento. Las dosis de antidepresivo deben de ajustarse según la respuesta clínica de la paciente.

Los síntomas colaterales más comunes son: una mayor ansiedad, sudoración excesiva, sensación de inquietud y un sentimiento de indiferencia hacia lo que está sucediendo. Los síntomas deseables son la mejoría en el estado de ánimo, de los síntomas neurovegetativos y psicósomáticos (cansancio, insomnio, falta de apetito, dolores vagos, etc.) y una mejor disposición para enfrentar los problemas de la vida diaria. El efecto benéfico puede tardar unas cuantas semanas en hacerse evidente.

En cuanto a la lactancia al seno materno, con los medicamentos mencionados, la mayoría de los expertos recomiendan continuar amamantando, aunque la madre esté tomando aquellos antidepresivos. Algunos recomiendan extraer (por bomba o exprimiendo) la “primera leche” que sale del seno en cada tetada, y luego proceder a amamantar. Esta leche inicial tendrá mayor concentración del medicamento, descartando esta leche, se minimiza la exposición del bebé a los antidepresivos.

Es preferible no utilizar otros medicamentos como los antidepresivos tricíclicos, el bupropión u otros por la mayor incertidumbre respecto a efectos en el feto. En la mujer con una depresión muy grave o que esté en estado suicida, puede ser necesario utilizar terapias adicionales como la electroconvulsiva.

- **Manejo farmacológico en el embarazo**

Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico. En vista de la asociación con daños para el feto y el recién nacido, la paroxetina generalmente no debe iniciarse como terapia de primera línea en el embarazo. Para las mujeres que ya toman paroxetina debe llevarse a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios individuales antes de que se tome una decisión para continuar el uso o cambiar a otro antidepresivo.

Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia). Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación. Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia.

Es preferible el uso de un solo medicamento en una dosis más alta, que el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo. Cuando se decida interrumpir los antidepresivos, éstos deben disminuirse gradualmente en vez de hacerlo repentinamente, para reducir los efectos secundarios de la interrupción.

- **Manejo farmacológico en el posparto**

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos para el tratamiento de la depresión posparto de moderada a severa, pero con consideraciones adicionales sobre el uso de antidepresivos durante la lactancia.

No se recomienda el uso de terapia de estrógenos en el tratamiento rutinario de pacientes con depresión posparto. Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas. Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas.

Las pacientes que tienen un segundo episodio de depresión se deben mantener en tratamiento durante 1 a 2 años; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente. Las pacientes con más de dos episodios de depresión se deben mantener en tratamiento durante 2 años o más, o incluso toda la vida; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente.

En la toma de decisiones sobre el uso del tratamiento farmacológico en el período posparto, esto debe ser sopesado contra una mínima exposición posible al bebé durante la lactancia.

- **Manejo farmacológico durante la lactancia**

La lactancia materna tiene beneficios claros tanto para la madre como para el niño y, al tomar la decisión de recomendar la lactancia materna, estos beneficios deben sopesarse frente a los riesgos para el recién nacido de la exposición a medicamentos durante la lactancia.

La mayoría de los medicamentos se transfieren a través de la leche materna, aunque muchos de ellos se encuentran en niveles muy bajos y probablemente no son clínicamente relevantes para el recién nacido. La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anormales probablemente asociados con la exposición al medicamento.

Evitar la doxepina para el tratamiento de la depresión en las mujeres que están amamantando. Si se inicia tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina durante la lactancia materna, deberá evitarse el uso de fluoxetina, citalopram y escitalopram, si es posible. La lactancia materna es una decisión individual para cada mujer.

Los médicos deben apoyar a las mujeres en su elección y ser conscientes de que tomar medicamentos psicotrópicos prescritos de forma rutinaria no es una contraindicación para comenzar o continuar con la lactancia materna. Si está disponible, y cuando los síntomas están en el rango de leve a moderada, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea para las mujeres que amamantan,



dado que, no conlleva ningún riesgo conocido para el niño. Las madres deben ser monitoreadas y reevaluadas.

Si no mejora o sus síntomas se agravan, el tratamiento con antidepresivos debe ser considerado. Si la madre no tiene antecedentes de tratamientos antidepresivos, un antidepresivo, como la paroxetina o la sertralina, que tiene pruebas de los niveles más bajos en la leche materna y en la sangre del infante y que presentan pocos efectos secundarios, son una primera opción apropiada.

Las estrategias que pueden ser utilizadas para disminuir la exposición de los infantes, pero para los que hay poca evidencia, incluyen la administración de medicamentos inmediatamente después de la alimentación y del ordeñamiento, eliminando la leche materna obtenida durante los niveles plasmáticos máximos.

#### **4.6 Prevención**

Como se mencionó anteriormente, se han logrado identificar los principales factores de riesgo para la depresión. Entonces surge la pregunta de si los episodios depresivos podrían ser prevenibles si hubiera una intervención que pudiera instrumentarse con las mujeres en alto riesgo. Hay poca información empírica sobre esta posibilidad.

Varios estudios han realizado intervenciones psicosociales para disminuir esta posibilidad y los resultados son aún inciertos, en términos de poder afirmar su eficacia preventiva. Algunos autores, han intentado la “prevención” de otros episodios de depresión posparto en mujeres que tenían el antecedente de haber sufrido anteriormente un episodio de depresión mayor posparto.

Este estudio se hizo con unas cuantas mujeres y comparó la frecuencia de depresión cuando se había administrado sertralina antes del parto. Hubo una menor frecuencia en el grupo tratado con sertralina.

Se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses posparto.

Los servicios de atención primaria y maternidad deben desarrollar estrategias pertinentes a nivel local para asegurarse de que puedan proporcionar atención psicosocial adecuada y culturalmente sensible a todas las mujeres en sus comunidades.

La enfermedad psiquiátrica materna, sin tratamiento o tratada inadecuadamente, puede dar lugar a un mal cumplimiento con la atención prenatal, a nutrición inadecuada, a exposición a medicamentos adicionales o remedios a base de hierbas, a aumento en el consumo de alcohol, a déficits en la vinculación madre hijo y a alteración del entorno familiar.

Siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al pediatra.

Las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del niño.

- **10 Claves para prevenir la depresión posparto**

Lo último que se le ocurre pensar a una embarazada es que después de nueve meses de espera ilusionada puede sentirse desgraciada o incapaz de coger al bebé en brazos. Pero nos guste o no hemos de contar con esa posibilidad para afrontarla lo mejor posible o aún mejor: prevenirla.

A continuación, se presentan 10 claves para prevenir la depresión posparto:

- **Prepararse para la maternidad**

Cuando la futura madre está informada y sabe lo que puede ocurrir después del parto reacciona mejor a los cambios de ánimo. Según el Dr. Becerro de Bengoa, experto en preparación maternal, hoy en día es inconcebible que una mujer con factores de riesgo no se prepare para dar a luz. Los cursos de preparación al

parto mejoran el bienestar anímico de la embarazada y ayudan a conocer cómo evoluciona la psicología de la mujer durante el embarazo y después de él.

- **Cuidar la alimentación**

Todas las embarazadas se preocupan mucho por su alimentación durante la gestación y son capaces de comer los alimentos que han odiado durante toda su vida por el bien del pequeñín que llevan dentro, pero muchas mujeres se olvidan de los buenos propósitos en cuanto tienen al niño en sus brazos. Sin embargo, la nutrición es igual de importante en el posparto, incluso cuando la mamá no da el pecho. Una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, cereales y pescados ayuda a coger fuerzas y a recuperarse antes un buen estado físico, fundamental para mantener una buena salud psíquica.

- **Descansar cuando duerme el bebé**

Los médicos recomiendan a las mamás echar una cabezada cuando el bebé duerme, pero la mayoría hace caso omiso de la advertencia y aprovecha el tiempo libre para hacer las tareas de casa, ordenar papeles, etc., acumulando así más cansancio.

Se ha comprobado que las mamás que son capaces de recuperar el sueño perdido sufren menos depresión, y que los recién nacidos lloran menos si sus madres están relajadas. La falta de sueño, dar el pecho o el biberón cada tres horas, agota. Hay que procurar mantener la calma y no perder los nervios, porque el bebé lo nota y se altera más. Es mejor delegar en otra persona antes de perder los estribos.

- **Establecer prioridades**

Es conveniente concienciarse de que durante unas semanas la casa puede ser un completo caos. Hay que ser flexible ya que es imposible mantener todo igual que antes. Los bebés no siguen un ritmo fijo. La ducha matutina puede esperar. No pasa nada por tomarla más tarde, y por supuesto las tareas domésticas deben pasar a un segundo plano. Lo más importante es el bebé y su mamá.

- **Admitir ayuda**

El bebé necesita atención continua y los puntos de la episiotomía (en caso de que haya sido parto natural) pueden molestar, si fue cesárea de igual manera los puntos pueden molestar, inclusive la recuperación es más lenta y dolorosa. Las primeras semanas pueden ser difíciles y la madre también necesita descansar. Ella sola no puede hacer todo. Hay que delegar funciones. Además, la compañía resulta muy positiva. La abuela, una hermana, una buena amiga, etc., casi siempre hay alguien dispuesto echar una mano con las tareas de la casa (es mejor que la madre se dedique al bebé para familiarizarse con él.) Si la familia vive lejos siempre queda el recurso de buscar ayuda de pago.

- **Reservarse un tiempo propio**

Conviene que la madre busque tiempo para sí misma, y salga de compras sin el bebé, aunque esté deseando volver para abrazarle. Nada de quedarse en casa con el pijama; hay que aprender a mimarse, verse con buena cara. El atuendo cómodo y hogareño no tiene por qué estar reñido con el buen aspecto. La madre necesita tiempo propio. No pasa nada por dejar la cama sin hacer y dedicar media hora a leer. El exceso de sacrificio no conduce a nada, salvo al cansancio y la irritación. Es fundamental sentirse bien con uno mismo, para hacer mejor las cosas.

- **Hablar con otras mamás**

No nos van a enseñar a alimentar a nuestro bebé ni nos van a revelar un método infalible para expulsar los gases, pero entienden mejor que nadie como nos sentimos.

Los expertos recomiendan apuntarse a un grupo de posparto donde se pueda ir con el chiquitín o a un curso de técnicas de estimulación para el bebé. Así se potencia la relación con el nuevo hijo y al tiempo se comparten experiencias con otras madres que experimentan la misma mezcla de felicidad y frustración. Los grupos de apoyo a la lactancia también atienden consultas por teléfono, y organizan cursos y charlas. Además, es importante mantener el contacto con los adultos. Ser mamá no significa estar todo el día enclaustrada en casa. La soledad alimenta la ansiedad.

- **Hacer ejercicio**

Está comprobado que las mujeres que hacen ejercicio durante el embarazo y después de tener el bebé se sienten mejor emocionalmente y se muestran más sociales. El deporte libera endorfinas (tranquilizantes naturales del organismo) y ayuda a despejarse. Eso sí, no hay que exponerse a actividades aeróbicas. El ejercicio debe dirigirse más a estimular el cuerpo que a quemar calorías o tensar abdominales. Basta con dar un paseo y disfrutar naturaleza.

- **No pretender ser una madre perfecta**

Todos los padres cometen fallos como abandonar en casa las zapatillas, o incluso olvidar poner el pañal al cambiar al niño a medianoche. No somos perfectos, somos humanos. La mayoría de las mujeres que sufren depresión posparto son perfeccionistas. Se sienten culpables si no pueden hacer todo bien y piensan que las demás mujeres lo hacen mejor, y como resultado se imponen expectativas que no pueden cumplir. No hay que caer en la tentación de ser perfecta. Siempre quedará algo por hacer. Hay que aprender a establecer prioridades. El niño necesita una madre feliz, no perfecta.

- **Pensar que lo mejor está por venir**

Muchas madres se angustian pensando que no están disfrutando como debieran la mejor etapa de su bebé: "Ahora que debería ser tan feliz, estoy tan triste...". ¿Quién ha dicho que los primeros meses del bebé son los más bonitos? ¿Y cuándo diga su primera palabra o de los primeros pasos? La etapa más difícil dura poco tiempo y lo mejor está por venir. Además, el hecho de ser madre no convierte automáticamente a una mujer en la persona más feliz del mundo. Los sentimientos después del parto suelen ser contradictorios. El niño llora, nos reclama constantemente, y aunque le queramos con toda el alma, puede que nos ponga nerviosas, que nos irrite, etc. Algunas mujeres se culpabilizan por ello, aumentando su predisposición a sufrir depresión. Pero no hay que olvidar que el roce hace el cariño, incluso con los hijos.

## **4.7 Riesgos de no tratar la enfermedad**

En cuanto a las consecuencias de la DPP, Barnett y col., mostraron que las jóvenes adolescentes con depresión posparto, tenían un riesgo relativo de 1,44 en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto. Según algunos autores, respecto a la relación madre-hijo, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos(as) al momento de alimentarlo, concluyeron que hijos(as) de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad.

Actualmente, un número importante de estudios, revelan numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado efectos negativos a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Hay y cols, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses del parto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período.

En otro estudio, se describe una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos(as) durante la pre adolescencia, Además, la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo, sino también como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar, que las madres controles no deprimidas.

## **4.8 Consecuencias**

Como se mencionó, la depresión perinatal tiene consecuencias graves para la propia madre, el curso del embarazo y el desarrollo de las y los infantes.

El embarazo por sí mismo es un periodo de cambios y transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, sobre todo para quienes son madres por primera vez. Desde un punto de vista psicodinámico, estos cambios conllevan

deseos, temores y recuerdos que determinarán o influenciarán sus sentimientos, acciones y relaciones interpersonales alrededor de ciertos tópicos: 1) ¿Será capaz de mantener sano a la o el bebé?, 2) ¿Cómo se relacionará con él o ella?, 3) ¿Contará con el apoyo que requiere para cuidar al hijo o hija? y 4) ¿Podrá reorganizar su identidad para cumplir con sus funciones? Padecer depresión en este periodo hace más complicado este proceso.

La depresión interfiere con la disposición de la madre a cuidar su salud, por ejemplo, no busca atención prenatal a tiempo y es más propensa a conductas de riesgo, como tomar medicamentos sin prescripción médica, abusar del alcohol, tabaco y otras drogas, y llevar una alimentación inadecuada. Estos comportamientos inciden en un mayor riesgo de parto prematuro y en que la persona recién nacida tenga bajo peso y sufra retraso en su desarrollo. Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto.

Cuando la depresión se presenta en el posparto puede incidir en el hecho de que la madre disfrute su maternidad. La DPP puede demoler la vida de la madre, así como la de la pareja, infante y familia. En un gran número de casos, la depresión es vivida en soledad, ya que es difícil que las mujeres hablen de estos sentimientos por vergüenza y temor al estigma.

La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas. La DPP se ha relacionado con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacción madre-hija/o de baja calidad, lo cual provoca apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en infantes, así como problemas respiratorios y diarreas, en países de bajos ingresos.

Aliviar el sufrimiento y reducir los síntomas de depresión que padece la madre tiene que ser el objetivo primario de las intervenciones para reducir las consecuencias de la DPP, lo que puede implicar romper con la construcción social de la maternidad como un vehículo para la reproducción y de la “buena madre” como alguien que debe sacrificar todo por el beneficio del hijo o hija. Llevar a buen término el

embarazo y satisfacer las necesidades de las y los infantes durante el primer año de vida, no depende solo de los cuidados maternos, sino de la participación de la pareja (en caso de que exista), familia, sociedad y proveedores de salud.

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

- **Alteración en la relación madre-hijo.**

La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.

- **Alteraciones en el desarrollo cognitivo.**

Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo, en este aspecto el estudio aún no es concluyente.

- **Socialización deficiente.**

Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.

- **Alteraciones en la educación de los hijos.**

La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.

- **Alteraciones en la dinámica familiar.**

La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia. Una mujer



deprimida, definitivamente no será feliz y en consecuencia estará por debajo de las necesidades que requiere la familia, ya que debe atender al bebé, esposo, otros hijos si los hay, y muchas otras cosas en las cuales necesita entusiasmo.

- **Consecuencias en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años**

A continuación, se muestran las consecuencias más frecuentes que se presentan en las pacientes con edades entre 14 a 45 años:

- **Vulnerabilidad a la Depresión y Estrés**

Vásquez, Gómez y Hervas (2006) explican que otro aspecto de enorme importancia es que no sólo la depresión puede estar precedida por situaciones estresantes, sino que la propia depresión es un cuadro que puede generar más estrés. Más aún: los factores relacionados con la vulnerabilidad a la depresión parecen tener la capacidad de aumentar los sucesos estresantes incluso en períodos de remisión y tienen un claro impacto en la valoración subjetiva de los mismos.

- **Suicidio**

Claro (2005) explica que Indudablemente, esta es la consecuencia más terrible de la depresión: el suicidio cuando ocurre, deja marcas profundas, difícilmente superables, en los familiares y amigos. Estos, atravesarán un largo período de la existencia preguntándose: ¿qué sucedió para que él / ella hiciese eso? Y ahora, ¿qué será del ser querido?

El suicidio, puede ser directo/indirecto, consciente o inconsciente. El suicidio directo o consciente, como la propia expresión lo indica, es aquel en que la persona, deliberadamente, decide eliminar la propia vida, lo que hace a través de una irreversible autoagresión, sin tiempo y medios para retroceder en el gesto. El depresivo siempre guarda el propósito deliberado de poner fin a la propia vida. En realidad, presionado por los factores que lo afligen, el enfermo desea poner fin al dolor que lo viene dilacerando. Si le fuese posible según su óptica eliminar la problemática aflictiva, seguramente empeñaría esfuerzos para superarla, preservando la vida.

El suicida, por lo tanto, no cree o no vislumbra una salida para su problema, y de este modo, dominado por la desesperación a la que considera invencible, elimina la vida orgánica, imaginando, con esto, liberarse del dolor.

Suicidio indirecto/inconsciente, como fácilmente se comprende, es aquel en que la muerte no es buscada deliberadamente, en un gesto precipitado, irreversible. La persona, dominada por una tristeza largamente abrigada (para referirnos solamente a la depresión), poco a poco se va abatiendo, entregándose al desaliento, consumiendo las fuerzas psíquicas y físicas, hasta que el cuerpo, pierde todas las resistencias, no permite más seguir con la vida. En esa muerte emocional, la persona se niega a vivir. La tristeza demoradamente amparada, la amargura conservada, la rebeldía sistemática, la irritación constante, la desesperación no refrenada, entre otros estados emocionales mórbidos pueden ser considerados suicidios indirectos/inconscientes.

Por lo tanto, la depresión puede ser comparada a un suicidio psicológico, que se da por la ausencia del valor moral para enfrentar las vicisitudes. El depresivo no opta por sí mismo, y sí por la derrota y ve en el fracaso algo natural o inevitable.

- **Nivel físico**

Olvera (2013) indica que, en la depresión moderada, el arreglo personal empieza a afectar y la posibilidad de que haya incapacidad temporal en el trabajo. Además, hay una invasión de las esferas mentales que impactan en los niveles de atención, memoria, pensamiento lógico y que suelen ir acompañados de una sensación cada vez más intensa de inseguridad, así como también aumenta su necesidad en aislarse. Otra característica es que con frecuencia se presentan trastornos alimentarios como aumento o disminución de alimentos, se incrementan los periodos de sueño y la sensación de fatiga, la tristeza, el negativismo, el desánimo y la desesperanza.

El paciente es incapaz de gozar y disfrutar lo que antes era gratificante, cuando el especialista diagnostica este nivel de depresión puede recomendar, además de la psicoterapia la conveniencia de recurrir a algún medicamento, el cual deberá estar

vigilado estrictamente por él. Una persona que vive con esta condición tiene como principal signo la necesidad de desaparecer y desarrolla incluso ideas suicidas y la posibilidad de que llegue a ejecutarlas aumenta considerablemente, de no recibir ayuda.

El tratamiento que se recomienda en la depresión severa no sólo incluye psicoterapia y el uso de medicamentos, en ocasiones también es indispensable el internamiento, ya que la tarea es proteger al máximo la integridad del paciente, y el papel de familiares, amigos, pareja y demás personas enlazadas afectivamente, resulta importante para su superación. Este mal, algunas veces silencioso y otras desatendido por considerar que no vale la pena ocuparse de los problemas o peor aún, por percibirse solo y creer que no se necesita de nadie para conducirse en la vida.

- **Nivel biológico**

Cárdenas (2000) menciona que a veces, el síntoma predominante en una persona deprimida es un cansancio intenso, muchas veces diagnosticado como fatiga crónica. Se trata de una persona que ha estado experimentando estrés continuado durante tanto tiempo, que se ha agotado física y emocionalmente. Su cuerpo responde con fatiga intensa y, a nivel emocional, se siente también abatida y desmotivada.

No es raro que las personas con este tipo de depresión por agotamiento tengan también otros síntomas físicos, como síntomas digestivos, caída del cabello, sofocaciones, o trastornos de la micción.

- **Nivel Social**

La depresión puede dar origen a síntomas diversos como ansiedad, dependencia, pasividad, aislamiento, agresividad, sentimiento de inferioridad, rechazo, culpabilidad. Esta problemática asociada requiere en muchos casos una ayuda especializada, tanto a la persona que está aislada de la sociedad. El proceso de integración debe incorporar no solo a la familia sino también al entorno social y, si es el caso, al entorno educativo o laboral.

## 4.9 Efectos

- **Compromiso del sistema inmunológico**

Claro (2005) indica que los efectos de una depresión podrán ser extremadamente devastadores para su portador, así como también, para aquellos que formen parte de su universo. El autor comenta que los efectos podrán ser extremadamente devastadores, considerando que la depresión posee grados variados, como se menciona en el libro porque los efectos permanecen siempre más o menos dependientes de la personalidad del depresivo y de los factores que habrán desencadenado el mal, como también del momento por él vivido. Sin embargo, si la coyuntura vivida por el enfermo es delicada y si es grave el grado de la dolencia, sin dudas que las consecuencias podrán ser funestas.

Por esta razón, un depresivo, sobre todo si su estado es grave, puede sufrir entre otros males, los siguientes: disturbios digestivos; úlceras (estómago y duodeno), disritmia cardiaca; problemas hepáticos; disfunciones intestinales; manifestaciones cancerígenas; estados degenerativos graves; infecciones lamentables; alergias; oscilación de presión; compromiso del metabolismo en general; agravamiento de los problemas ya existentes, y finalmente, profundo desgaste.

Ocurrirá o podrá ocurrir con el depresivo, la llamada somatización, los disturbios emocionales psicosomáticos, dolencias del cuerpo generadas por un estado enfermizo de la mente. Algunos estudios mencionan que, todas las enfermedades son psicosomáticas, inclusive las infecciosas. Pese a la noción, ya antigua, del papel de los estados emocionales en la génesis de las enfermedades, durante siglos, y aun Freud, se admite que, con la excepción de los males congénitos y hereditarios, las enfermedades eran causadas por agentes externos, esto es: que vienen de afuera hacia adentro.

El advenimiento del psicoanálisis, empero, y su progresiva aceptación revolucionaron ese concepto e introdujeron uno nuevo: el de que, en algunas dolencias, los males del cuerpo constituían una mera expresión de los males del espíritu, o sea, provenía de dentro de las personas.

Las primeras dolencias rotuladas como psicósomáticas y aun hoy citadas como enfermedades clásicas o mayores incluyen la úlcera, el asma bronquial, la hipertensión arterial, la jaqueca y la artritis reumatoide.

Estalovski (2004) refiere que la depresión debilita el sistema inmunitario a través de un sutil procedimiento que persuade y llega a convencer a la persona de que una vida sin esperanza es la única alternativa posible. La depresión es un factor de riesgo que actúa en diversas direcciones. Lleva a su víctima por un camino de distorsión de la realidad y le infunde miedo. La invade con síntomas físicos que ocultan el verdadero problema. Simula toda suerte de dolencias y dispara otras que se suman a las ya existentes para agravar su curso y empeorar su pronóstico.

Entre el 10 y 15% de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad de la glándula tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas, anemia) o por medicamentos. Sin embargo, con el tratamiento adecuado con una dosis ajustada de medicamento, la depresión desaparecerá.

La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aún los de un trastorno orgánico menor, ejemplo: No hay duda de que la depresión es un factor de riesgo para trastornos cardiovasculares. Se considera que aumenta las posibilidades de mortalidad entre los pacientes que sufren infarto cardíaco.

La depresión puede haber sido el inicio del trastorno cardíaco o una consecuencia de él. Ambas condiciones, depresión e infarto, deben recibir tratamiento. La depresión es considerada como un factor de riesgo para enfermedades del corazón y la colocan al mismo nivel que la hipertensión, la obesidad, e incluso, comparan su riesgo con el hecho de tener un nivel de colesterol elevado en la sangre.

Otras condiciones patológicas que empeoran cuando coexiste la depresión son: el lupus, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad de Parkinson.

Si se tiene osteoporosis (descalcificación ósea). La depresión se considera un factor de riesgo tan importante como el efecto de ser fumador o el tener una historia familiar de osteoporosis.

La cefalea, como síntoma, es frecuente en los cuadros depresivos y, a su vez, la depresión suele ser frecuente en los pacientes con cefaleas crónicas. Los pacientes deprimidos tienen el doble riesgo de desarrollar, una diabetes y cuando la adquieren, y no es tratada la depresión, aumentan sus complicaciones.

Se hace necesarios insistir en que los síntomas depresivos, cuando ocurren simultáneamente con cualquier problema orgánico, se deben tratar, para poder evitar complicaciones más graves. Sobel y Ornstein (2004) comentan que la depresión afecta tanto el cuerpo como la mente. La depresión no solo afecta seriamente el estado de ánimo la calidad de vida; también perjudica la salud.

La depresión puede incluso incapacitarnos más que otras enfermedades crónicas como la artritis, la alta presión sanguínea, diabetes, problemas de espalda o desórdenes gastrointestinales. Solo una afección coronaria grave obliga a guardar más días en cama comparado con la depresión, y únicamente la artritis resulta más dolorosa. Si ya se padece una enfermedad crónica, la depresión la empeora ya que el cuerpo reacciona peor, se visita con mayor frecuencia al médico, la estancia en el hospital se alarga y la recuperación lleva más tiempo que una cirugía.

La depresión puede atacar al sistema inmunológico. Se tomaron muestras de sangre a 26 personas cuyos cónyuges se encontraban en estado crítico o habían muerto debido a ataques al corazón. Un accidente o de cáncer. El sistema inmunológico de los sujetos de estudio se había debilitado visiblemente tras la pérdida. Incluso ligeras oscilaciones en el estado de ánimo pueden disminuir las funciones inmunológicas. Por ejemplo, disminuir el nivel de anticuerpos que previene y combate el virus de la gripe. Las personas deprimidas enferman con mayor frecuencia que las no lo están. Contraen más resfriados y tienen más problemas para dormir.

La depresión también puede resultar mortal. Una persona deprimida es propensa a morir antes debido al efecto negativo que la depresión ejerce sobre el cuerpo, a su dificultad para seguir un tratamiento médico, y puede llegar al suicidio.

Prácticamente ningún sistema corporal ni ninguna enfermedad parece poder escapar de los efectos físicos de la depresión. Un estudio demostró que la disminución del tejido óseo (osteoporosis) es mayor en las personas deprimidas. El porcentaje de apoplejías es dos veces más alto en personas deprimidas que en las que no lo están.

Los pacientes depresivos con disfunciones coronarias tienen mayor tendencia a sufrir ataques al corazón. En un estudio realizado con pacientes que habían sufrido un ataque al corazón, se comprobó que la depresión les provocaba más problemas cardiacos que un daño serio en las arterias, niveles altos de colesterol o fumar.

Otro estudio realizado con personas que habían sufrido un ataque al corazón demostró que con depresión las probabilidades de morir en un plazo de seis meses aumentaban de tres a cuatro veces.

## **5.- Tabúes, estudios, prevalencias y estrategias de autocuidado**

### **5.1 Razones por las que las madres no hablan de su enfermedad**

- **Las redes sociales tienen una doble cara**

La negativa es que nos venden una maternidad que muchas veces no es real. Posados, postureo maternal que hace que tengamos unas expectativas que la mayoría de las veces no se acercan a lo que nosotras estamos viviendo en nuestras casas, en nuestro día a día. Y parece que es lo normal, con lo que podemos sentirnos avergonzadas de nuestra realidad, ya que no se parece a lo que nos están vendiendo.

- **La culpabilidad que nos hace sentir lo que sentimos**

En vez de estar exultantes por el nacimiento de nuestro hijo, nos sentimos mal, tristes, decaídas, sin ganas de nada. Y eso de cara a la galería no está bien; por eso fingimos una sonrisa y tiramos para adelante.

- **Muchas mujeres no saben qué les pasa**

Porque no le hemos dado la importancia que se merece en las clases de preparación a la maternidad; o bien no nos han prestado mucha atención ya que las mujeres embarazadas tienen una atención selectiva hacia la información que consideran relevante durante su embarazo y se suelen centrar más en el parto; dejando un poco de lado lo que ocurrirá después.

- **Las mujeres somos, por lo general, demasiado exigentes con nosotras mismas**

Somos implacables con nuestros actos y sentimientos; y no nos “podemos permitir” sentirnos mal si nuestro bebé está sano, si nosotras no estamos enfermas y todo está bien de forma objetiva.

Sin embargo la realidad es que la maternidad tiene cosas maravillosas pero también es muy dura, estamos bajo la influencia de las hormonas, el cansancio, las noches sin dormir, una lactancia que no va del todo bien, las dudas acerca de la crianza, todo esto puede hacer que la mujer se sienta superada, y que tenga no sólo un baby blues; sino una depresión postparto.

Y de ella se sale, pero es fundamental apoyo familiar, terapia y a veces medicación. Lo más importante es un buen diagnóstico, y que la mujer salga de casa para hacer ejercicio, estar con otras mujeres en clases de pilates o yoga postparto y compartir con ellas experiencias.

## **5.2 Enfoque multidisciplinario**

A continuación, se presenta un caso clínico en donde se observó a una mujer de 36 años, la cual tenía pocas semanas de puerperio y con un diagnóstico de depresión posparto moderada; con la cual se intervino con un equipo multidisciplinario:

Paciente femenina de 36 años de edad, con escolaridad universitaria, trabajadora, de estrato socioeconómico medio, casada, sin diagnóstico psiquiátrico previo, aparentemente sana, primigesta, sin complicaciones en el embarazo y parto, con cinco semanas de puerperio y con diagnóstico de depresión posparto moderada.



El diseño de la investigación es de tipo experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo (antes-después) y abierta, con una intervención multidisciplinaria que tuvo lugar en la Clínica de Depresión Postparto, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE, donde fue adaptada una habitación específica para mejor tratamiento de esta enfermedad. El diseño de la habitación y del mobiliario es con colores que proporcionan a la madre y a su hijo un ambiente de tranquilidad y relativa comodidad, con el propósito de eliminar estresantes externos que, de alguna forma, exacerban este padecimiento.

El internamiento fue durante diez días, con una semana intermedia de externamiento para observación. Las evaluaciones se realizaron al inicio de la primera semana de internamiento, y se repitieron al terminar la segunda semana de hospitalización. Al mismo tiempo se vigiló a la lactante, quien no tuvo diagnóstico sobresaliente. La intervención fue multidisciplinaria y los servicios implicados realizaron las siguientes acciones:

- **Ginecología y obstetricia**

Evaluación y tratamiento de los problemas endocrinos o gineco obstétricos del posparto, sobre todo la indicación de terapia para el desequilibrio hormonal, que es uno de los factores bioquímicos que puede coexistir en estos padecimientos. A la paciente se le realizaron los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

- 1) Cortisol en suero (como indicador biológico del estrés crónico antes y después de los tratamientos). Se evalúa para registrar los cambios de su concentración en la sangre para que el clínico pueda tener un panorama del funcionamiento del psicofármaco.
- 2) Perfil hormonal, que permite la vigilancia metabólica del posparto, en particular las concentraciones de estradiol, progesterona y prolactina.
- 3) Química sanguínea, para determinar la homeostasia de la paciente, con insistencia en el estudio de glucosa en sangre para descartar diabetes que pudiera influir en los estados depresivos.
- 4) Ultrasonido, para descartar alteraciones estructurales del útero y del ovario que no se hayan detectado previamente, como: miomatosis o tumores de

ovario (de células germinales) que afectan a mujeres en edad fértil y que pudieran ocasionar alguna alteración hormonal que influya en la condición médica.

- **Psicología**

Evaluación de la depresión posparto y de los síntomas concomitantes de acuerdo con los siguientes instrumentos: Escala perinatal de Edinburgo. Este instrumento permite la detección y cuantificación de la depresión posparto. Es un cuestionario de 10 preguntas, fácil de aplicar. Si la mujer tiene un puntaje de 13 o más puntos indica que existe el criterio de clasificación de depresión posparto. Una breve entrevista clínica de revisión de los síntomas puede contribuir a establecer este diagnóstico.

Escala de estrés subjetivo (Levenstein's Perceived Stress Questionnaire). Este instrumento permite medir el grado de estrés durante el posparto y evalúa si las experiencias subjetivas son estresantes y clasifica siete aspectos del estrés: sentirse sobrecargado, hostigamiento, irritabilidad, falta de alegría o interés, fatiga, preocupaciones y tensión.

Cuestionario de evaluación del sueño (Pittsburg Sleep Diary) de Monk y Reynolds. Este instrumento es útil para el registro de toda la información relacionada con el sueño: tiempo total de sueño, interrupción del sueño, tiempo de alerta, número y tiempo de siestas, horario para acostarse y levantarse.

Pruebas proyectivas de la personalidad. Test del árbol, casa y persona (House, Tree and Person), test del dibujo de la persona humana (Machover), test de la pareja en interacción y test desiderativo. Estas pruebas se aplicaron con la finalidad de descartar un padecimiento grave y como fuente de información para el diseño de las diferentes terapias.

- **Paidopsiquiatría**

Evaluación de la interacción materno-infantil por medio de la escala de interacción materno-infantil (Bethlem Mother-Infant Interaction Scale) de Kumar-Hypwell que analiza la calidad y cantidad de la interacción materno-infantil. Evalúa el contacto

visual, físico y verbal, el estado de ánimo, la rutina general, el riesgo para el infante y la condición de éste.

- **Psiquiatría**

Se realizó una historia clínica psiquiátrica para determinar la gravedad del trastorno depresivo y de la ansiedad, con base en los criterios establecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). De acuerdo con el diagnóstico efectuado se evaluó la indicación del medicamento antidepressivo. Para disminuir el cuadro de depresión posparto moderada se indicó clorhidrato de paroxetina a la dosis de 20 mg diarios. Este medicamento tiene un perfil antidepressivo y ansiolítico potente y se administró durante seis meses. Durante la estancia hospitalaria se vigiló diariamente a la paciente, y a su egreso hospitalario se le citó para revisión quincenal y, posteriormente, una vez al mes, durante seis meses. Se realizaron sesiones diarias de una hora de duración de psicoterapia cognitivo-conductual con la madre.

El tratamiento cognitivo conductual de la depresión posparto diseñado para nuestro centro médico es para manejo intensivo, se realiza al menos cinco días hábiles si se requiere de hospitalización breve y máximo 10 días, cuando el caso así lo amerita. Siempre con un periodo de egreso intermedio de la paciente.

Se estableció el plan de trabajo cognitivo del tratamiento, que consistió de cinco pasos. En el primero se realizó una historia de vida psicológica de la paciente. En el segundo se trabajó en “desmitificar” la depresión; es decir, mediante información de tipo médico (breve, sin tecnicismos), se le señaló a la paciente que el trastorno depresivo se debe a una variedad de factores neuro bioquímicos, estrés y presiones sociales, pero no a deficiencias psicológicas personales. Esto ayudó, en gran medida, a disminuir la depresión, la ansiedad y la culpa. En seguida, en el tercer paso, se educó a la paciente para distinguir las distorsiones en su pensamiento y las relaciones que éste guarda con sus emociones y su actuar. Cuarto paso: se educó a la paciente para la búsqueda de pruebas objetivas, a favor y en contra, de que sus pensamientos distorsionados (también llamados ideas irracionales) exacerbaban la depresión. Estas ideas irracionales se sometieron a una prueba de

realidad para verificar la realidad o distorsión de las mismas. Y, finalmente, quinto paso, con lo logrado en el cuarto paso se realizó el reencuadre de las situaciones actuales, buscando la parte útil de la experiencia. El tratamiento conductual se reforzó con sesiones de relajación, para favorecer la reducción importante del estrés.

- **Pediatría**

Vigilancia y control diario durante la hospitalización conjunta del lactante, sobre todo observación directa de posibles efectos adversos, si la madre está lactando mientras toma antidepresivos. El plan semanal consistió en un enfoque de información y aprendizaje en el manejo del lactante sano.

La estancia en un área de hospitalización especialmente diseñada para la mejor relajación de la madre y convivencia agradable con su hijo en un área no psiquiátrica, como la materno-fetal, ayuda a la madre y a sus familiares a percibir este padecimiento como un evento que frecuentemente puede ocurrir en el posparto. Es necesario crear conciencia de la posibilidad de padecer esta enfermedad en el médico ginecólogo y obstetra para que así pueda realizarse el diagnóstico oportuno y su referencia a un centro especializado.

### **5.3 Hostilidad y depresión**

El interés por la relación existente entre la personalidad y la depresión materna se remonta a Hipócrates y todavía persiste en la actualidad como demuestran, los múltiples estudios publicados hasta la fecha. Existen evidencias de esta relación tanto desde las aproximaciones categoriales como dimensionales de la personalidad, aunque la explicación de esta asociación es diversa: las características de la personalidad podrían predisponer a la persona a deprimirse, ser una consecuencia del trastorno depresivo, afectar a su manifestación clínica (inicio, severidad, curso, respuesta al tratamiento) o ser una expresión atenuada del mismo.

Por lo que la asociación entre depresión y hostilidad respecta, sabemos que la sintomatología depresiva y la agresión han sido asociadas desde las primeras

teorías psicoanalíticas de Abraham y Freud, quienes interpretaron las reacciones depresivas como resultado de una negación, supresión o represión de sentimientos hostiles, la relevancia de la relación es tal que incluso algunos autores como Bagby et al. Propusieron que la categoría de "depresión hostil" pudiera tener alguna validez. Sugirieron una medición de la ira-rasgo y la hostilidad para dividir a los deprimidos entre grupo de "alta ira-hostil" o de "baja ira-hostil". El grupo de "ira-hostil alta" era menos consciente, menos agradable y con mayor sensibilidad interpersonal.

No obstante, se encontró que ambos grupos tenían un perfil sintomático y una respuesta similar al tratamiento. Otros investigadores han sugerido que la correlación positiva entre la hostilidad y la depresión aparece fundamentalmente en algunos subtipos de depresión tales como la depresión no endógena o en algunos subgrupos de pacientes deprimidos, por ejemplos los que no han sufrido pérdidas interpersonales o en pacientes deprimidos más jóvenes. Los hallazgos en subgrupos de género deprimidos son inconsistentes. Mientras algunos autores han informado sobre una mayor hostilidad entre hombres deprimidos y mayor sentido de culpabilidad entre mujeres deprimidas, otros no lograron encontrar ninguna diferencia específica entre géneros.

La investigación empírica sobre la asociación entre agresión y depresión del siglo pasado no ofrecía ningún acuerdo en lo que concierne a la dirección y etiología de la agresión/hostilidad en la depresión. La mayoría de estudios sobre la relación entre la hostilidad y la depresión eran principalmente correlacionales y ofrecían poca información sobre la posible relación causal entre estos fenómenos. En la última década, no obstante, varios estudios longitudinales identifican la hostilidad como rasgo predictor de la depresión. Heponiemi et al., (2006) también examinaron los efectos longitudinales de la hostilidad sobre las tendencias depresivas en una muestra de 1.413 jóvenes adultos, descubriendo que la hostilidad está relacionada con un incremento en la sintomatología depresiva a los cinco años. El estudio más extenso en el tiempo que hemos encontrado es un trabajo longitudinal de cohortes

que examinó el valor predictivo de la hostilidad en el estado de ánimo durante un periodo de 19 años.

Los autores trataron de examinar la asociación longitudinal entre la hostilidad evaluada en la madurez y el estado de ánimo depresivo en la vejez temprana, observando que el riesgo de estado de ánimo depresivo 19 años más tarde se incrementaba en una relación dosis-respuesta según el nivel de hostilidad tras haber controlado una amplia gama de factores de confusión. La asociación prospectiva durante 19 años de seguimiento podría indicar que la hostilidad es relativamente estable a lo largo del ciclo vital y predice el estado de ánimo depresivo con el tiempo, siendo posible también que la asociación observada sea el producto de un ciclo de refuerzo mutuo entre la hostilidad y la depresión.

En cuanto a la relación entre la hostilidad y la gravedad y el curso de los trastornos depresivos, Riley et al. (1989) encontraron que la severidad de la depresión estaba asociada con el nivel de hostilidad y la experiencia de ira, y parcialmente con la supresión de la ira. No obstante, otros han informado de la inexistencia de diferencias en hostilidad entre pacientes moderadamente deprimidos y pacientes severamente deprimidos.

## **5.4 Estudios nacionales e internacionales en torno a la depresión posparto**

- **A nivel internacional**

En algunos países de Latino América se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de DPP en las últimas dos décadas y en Europa, específicamente en España se ha abordado el tema de forma más temprana. A continuación, se realiza una breve reseña de los estudios más representativos realizados en la última década.

En el período comprendido de septiembre de 1997 y hasta septiembre de 1998 se llevó a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona un estudio con una muestra compuesta por todas las mujeres que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología para realizar la visita de control del puerperio (a las 6 semanas del

parto) observándose que el número de madres con DPP diagnosticadas fue de 334 pacientes.

Se realizó un estudio para determinar la incidencia de depresión postparto en madres adolescentes que fueron asistidas en el área de obstetricia del hospital Luis MI Morillo King de la ciudad de La Vega, R.D., del 1 de Julio de 1996 al 1 de Enero de 1997, encontrándose que 284 eran adolescentes y que de éstas el 82.7% (235) presentaron algún grado de depresión postparto, y que la misma está relacionada estrechamente a la edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, deseo o no del embarazo, apoyo familiar durante el mismo, así como el apoyo de la pareja y la condición del recién nacido al momento del nacimiento.

En la Facultad de Psicología en Universidad de Valencia, España en el 2001 se realizó un estudio en el que se estudió una muestra formada por un grupo de 101 mujeres residentes en la Ciudad de Valencia en el que sobresalió que un número elevado de mujeres eran primíparas (65%).

En Latino América en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios: En el año 2006 se llevó a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos semanas, 90,6% de las mujeres estaba deprimida la mayor parte del día, casi todos los días.

En el mismo año, es decir 2006, en la ciudad de Bucaramanga en Colombia se llevó a cabo un estudio en madres adolescentes en una muestra de 286 mujeres pertenecientes a 11 instituciones de salud de dicha ciudad durante las primeras horas del período posparto, presentando sólo 19 casos positivos para Depresión posparto.

En el año 2008, en Chile en un centro de atención primaria se realizó un estudio de prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto a una muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto, encontrándose una prevalencia de DPP de 50,7%.

En el 2009, en el Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia en Venezuela se llevó a cabo un estudio de prevalencia de DPP tanto en primigestas como multigestas, en una muestra conformada por 100 mujeres puérperas atendidas en ese centro asistencial durante ese año. Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fijándose como criterios para su inclusión puerperio tardío, edad mayor de 19 años y menor de 35 años, ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y deseo voluntario de participar en la investigación observándose que el 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión postparto y el 92% de las multíparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las primigestas y el 24% de las multíparas. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto.

En el mismo estudio se observaron los factores de riesgo asociados a DPP, en la misma universidad se realizó un estudio, destacando que solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.

- **Estudios realizados a nivel nacional**

En nuestro país se han realizado pocos estudios acerca de la Depresión Posparto a pesar de la frecuencia que la literatura reporta.

En un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, con una muestra de 38 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal durante mayo a noviembre del año 2002, reportó que la prevalencia de depresión durante el embarazo fue de 47.7%, los factores de riesgo encontrados fueron hacinamiento, abortos previos, violencia



psicológica y sexual por parte de sus parejas y el tipo de personalidad materna. En este estudio, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas presentan depresión por lo que esto puede estar relacionado al tamaño de la muestra.

En las mujeres mexicanas se ha demostrado que la EDPS es un instrumento confiable y valido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos posparto según un estudio realizado en el año 2004 en 264 mujeres que acudieron a la consulta externa en el Instituto Nacional de Perinatología. Señalando también que la prevalencia de DPP en nuestro país es de 21.5%.

En el mismo año en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se realizó un estudio en neonatos, hijos de madres con algún trastorno del estado de ánimo el cual mostro que los bebés con antecedente de madres con alguna psicopatología tuvieron menor maduración en el sistema motor.

En el 2006 se realizó de forma simultánea un estudio de Frecuencia de DPP en 2 Unidades de Medicina Familiar tanto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Clínica Dr. Ignacio Chávez) y del IMSS (Tlalnepantla) aplicándose 130 cuestionarios, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV, 32 pacientes (24.6%) y con el Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, 22 pacientes(16.9%) sospechosas de depresión posparto respectivamente siendo la edad promedio de las madres de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebés tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos.

Posteriormente en Durango en el año de 2009 se realizó un estudio en hospitales públicos para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres, estudiándose 178 mujeres con 1 a 13 semanas posparto. Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSMIV. Además, se obtuvieron datos socios demográficos, clínicos y psicosociales de las participantes. Dando como resultado que 58 se encontraban deprimidas (32.6 %), observándose frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas

y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja.

En un estudio efectuado en el 2010 en el Hospital de Gineco-Pediatría núm. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en León, Guanajuato en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato, se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna en 1,134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión, y alteraciones en el sueño.

### **5.5 Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo**

Se procedió a efectuar una investigación de tipo comparativa y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental, en donde se estudió la variable depresión posparto, describiendo su relación con factores de riesgo en primigestas y multíparas embarazadas. Las unidades de análisis estaban representadas por la totalidad de puérperas atendidas en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, sede de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Maracaibo; de la cual se tomó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 100 mujeres puérperas atendidas en este centro asistencial durante el año 2009.

Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fiándose como criterios para su inclusión los siguientes: (a) puerperio tardío, (b) edad mayor de 19 años y menor de 35 años, (c) ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y (d) deseo voluntario de participar en la investigación. Asimismo, se excluyeron a aquellas madres que fuesen analfabetas o con discapacidad visual, debido a las características del

instrumento empleado, así como a las mujeres cuyos embarazos hubiesen culminado en muertes perinatales o con productos malformados.

Se procedió a utilizar la técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado, la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS), instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto. Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

Asimismo, se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, resguardando la privacidad y confidencialidad de la paciente; para ello, se diseñó un guion de entrevista, conformado por diecinueve preguntas, diseñadas para la identificación de los factores de riesgo asociados a depresión posparto.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar en las salas de maternidad a las púerperas de acuerdo con los criterios previamente establecidos, dividiéndose en dos grupos pareados según su paridad. Estas pacientes fueron citadas para su valoración posparto antes de las 6 semanas siguientes a la resolución del embarazo.

A las púerperas se les solicitó su consentimiento informado de participación en el estudio, asimismo se registraron los siguientes datos: edad cronológica, paridad y tiempo de puerperio. Luego se les aplicó la EPDS, previa explicación de la misma; las mujeres participantes completaron el cuestionario mientras estaban sentadas solas en un consultorio. Seguidamente, se efectuó una consulta médica integral posparto, en donde se procedió a pesquisar los diferentes factores de riesgos mediante la entrevista clínica; para lo cual se siguió un guion de entrevista.

Las pacientes quienes obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Salud Mental, donde especialistas en el área de Psiquiatría por medio de una entrevista semiestructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas

de Trastornos Mentales (DSM IV) confirmaron la presencia de depresión posparto. Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos y por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 11.0.1, se aplicó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; determinándose medidas de tendencia central (medias y desviación estándar) y realizándose la comparación de los resultados obtenidos entre los dos grupos evaluados, mediante la prueba del  $\chi^2$  y la U de Mann-Whitney, para grupos independientes según distribución de variables estudiadas.

La edad de las pacientes primigestas fue en promedio 23 años (rango: 19-28 años), mientras que el grupo de pacientes multíparas la edad promedio fue de 27 años (rango: 21-33 años), evidenciándose que el grupo de pacientes primigestas mostró una tendencia a edades menores que el grupo de pacientes multíparas. También se evaluó el tiempo posterior al parto de la realización de la evaluación, evidenciándose que en ambos grupos las pacientes se encontraban en el puerperio tardío, alrededor de las 5 semanas. A su vez, el control prenatal, evaluado según el número de consultas efectuadas, fue adecuado en los dos grupos, con medias entre 6 y 7 consultas.

La presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la EPDS evidenció que el síntoma disforia se observó en el 10% de las primigestas y en el 8% de las multíparas, la ansiedad en el 78% de las primigestas y 70% de las multíparas, el sentimiento de culpa en el 52 y 56% de las primigestas y multíparas, la dificultad para la concentración se observó en el 58% de las primigestas y en el 44% de las multíparas y la ideación suicida solo se observó en el 6% de las primigestas y en el 10% de las multíparas, la significancia estadística que relacionó la misma variable para dos muestras independientes evidenció que solo la ideación suicida mostró diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias del síntoma entre los grupos.

En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el grupo de primigestas el 8% no mostraron riesgo de depresión posparto. El 2% de

las primigestas y 8% de las multíparas presentaron riesgo límite de depresión posparto y el 90% y 92% de ambos grupos presentaron puntajes que indican probable depresión, diferencias no significativas para la presencia de depresión posparto entre primigestas y multíparas.

El 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión postparto y el 92% de las multíparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las primigestas y el 24% de las multíparas. Considerando los resultados con la aplicación del DSM IV, se puede establecer que la prevalencia total de depresión posparto fue del 22%; asimismo se pudo establecer para esta escala un 90% de Sensibilidad, 11% de Especificidad, Valor Predictivo Positivo del 22%, Valor Predictivo Negativo del 81%, Razón de Verosimilitudes Positiva de 1,01 y Razón de Verosimilitudes Negativa de 0,90.

Los resultados obtenidos en estas mujeres, las cuales fueron evaluadas con la EPDS cerca de la quinta semana de puerperio, demuestran un riesgo elevado de depresión posparto tanto en multíparas como primíparas, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%; teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo; sus resultados deben ser comparados con una prueba más específica para obtener un diagnóstico certero de la patología. Así, al compararse con los resultados del DSM-IV se obtuvo una prevalencia del 22%; cifra similar a las encontradas por otros autores en la literatura internacional, lo cual hace patente el grave problema de subdiagnóstico observado en instituciones de asistencia materno-infantil, principalmente en aquellas como la estudiada donde no se aplica ningún test de rastreo durante el período puerperal.

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos, al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión; es así que esta pesquisa debiera realizarse en dos etapas: el rastreo con un test de autoaplicación, tipo Escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test

positivos. Asimismo, estudios realizados en poblaciones de países vecinos, con características sociodemográficas y culturales similares a los de la población zuliana, han evidenciado que este instrumento es confiable y válido para la identificación de posibles síntomas de depresión mayor en las mujeres puérperas.

No obstante, en esta investigación si bien el instrumento mostró una alta sensibilidad (90%) similar a la reportada por otros autores, resulto ser poco específico (11%). Asimismo, esta prueba evidenció un bajo poder predictivo positivo (22%), mucho menor que el encontrado en otros estudios donde ha sido cercano al 75%.

Como pudo verse, la población del estudio tuvo un mayor porcentaje de mujeres quienes reportaron una prueba positiva en el EPDS, resultados similares a los obtenidos por Morris y cols, quienes encontraron un número considerable de pruebas positivas, lo cual fue relacionado al menor estado socioeconómico de la muestra evaluada. Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados tanto por Moreno y cols, como Pérez y cols, en serie realizadas en Brasil y Chile respectivamente, donde la frecuencia de test positivo según esta escala en ambos estudios fue de 22%; así como del 29% de incidencia de depresión según EPDS publicada por Wójcik y cols.

En relación a los síntomas depresivos evaluados según la EPDS, se encontró una alta prevalencia de ansiedad, sentimientos de culpa y dificultad para la concentración en ambos grupos; sin embargo, sólo la ideación suicida mostró una diferencia estadísticamente significativa siendo más frecuente en el grupo de las multíparas. Algunos estudios han señalado que la intensidad de la sintomatología en pacientes con depresión postparto está relacionada con la deficiencia de algunos oligoelementos, sobre todo con el déficit de zinc.

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto. Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos por Moreno y cols, Evans y cols y Latorre y cols, en este

estudio la primiparidad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión posparto, observándose similares puntuaciones entre las primigestas y las multíparas; lo que indica que un instrumento de rastreo como el EPDS debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.

Los resultados obtenidos demuestran que, en la población del estudio, independientemente de la paridad, la presencia de depresión posparto fue importante desde el punto de vista porcentual en función del valor total de la muestra, de allí la importancia de considerar esta entidad clínica durante la evaluación prenatal, por el riesgo de que se presenten síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Así mismo el diagnóstico durante el embarazo puede evitar que esta entidad incida sobre el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre.

El uso de una herramienta de sondeo de depresión auto administrada tal como la EPDS puede ser un modo eficiente para mejorar la pesquisa de depresión posparto, sobre todo para los proveedores del servicio médico público donde la limitación de recursos, la sobrecarga de pacientes y la restricción del tiempo para la evaluación médica es más frecuente. La mayoría de las investigaciones efectuadas han demostrado un problema de subdiagnóstico de esta morbilidad y la necesidad de realizar una detección precoz durante el período posparto, dirigido a toda la población materna.

## **5.6 Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia**

Estudio cualitativo dirigido por el Interaccionismo Simbólico como referencial teórico y la Teoría Fundamentada en los Datos como referencial metodológico. Los participantes fueron 10 mujeres que tuvieron DPP confirmada por diagnóstico médico, psicológico o auto-relatado y 10 familiares que convivieron con ellas en la época de la afectación de la depresión. Los criterios de inclusión fueron: tener edad

mayor de dieciocho años; no estar viviendo el proceso depresivo en el momento de la entrevista; haber pasado por lo menos dos años de la experiencia; tener al menos un miembro de la familia, además del hijo, presente, en su cotidiano durante la experiencia de la depresión; tener uno o más hijos (cuando tuvieron la DPP) y estos hijos estar vivos y sanos; tuvieron la experiencia de DPP. Los participantes fueron reclutados a través de Hospitales Públicos y Unidades Básicas de Salud del municipio de Cuiabá-MT, Brasil. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas con la mujer y el familiar y analizados según los preceptos de la Teoría Fundamentada en Datos.

Oscilando entre el apoyo y la necesidad de mantener el control representa el modelo teórico de la experiencia. Las vivencias y significados de la DPP materna para la mujer y su familia fueron comprendidas como un proceso psicosocial, en el que el control y apoyo constituyen los elementos simbólicos centrales de cómo la mujer con DPP y familiares manejan la experiencia desde el inicio de los síntomas hasta la constatación del diagnóstico e institución del tratamiento. Este modelo integra tres categorías que representan las percepciones y estrategias presentes en la experiencia de la mujer y de la familia atendiendo a la adaptación de la vida familiar a las circunstancias de la vida afectadas por la depresión.

Luchando con la maternidad representa el primer momento del modelo teórico. Es el inicio del proceso que tiene como foco la mujer teniendo que luchar con su nueva condición de madre, experimentando frustración y miedo ante la incapacidad de realizar tareas simples destinadas a la atención de las necesidades del hijo recién nacido. La mujer define las situaciones que implican al hijo como sin control y, al identificar que algunas situaciones de manejo relativamente simples quedan sin control por la mujer, la familia sin comprender la razón del comportamiento que observa, intenta normalizar las relaciones con ella, apoyándola y cooperando en la realización de las mismas.

Los problemas relacionados con el amamantamiento y con el llanto del hijo, cursan juntos, se interconectan, se superponen uno al otro y cursan separados. Sin



embargo, las dificultades con el amamantamiento se constituyen como el primero de esos actos enfrentados por la mujer luego de los primeros contactos con el bebé.

La observación de los comportamientos de insatisfacción de su hijo, de su cuerpo en respuesta al amamantamiento y de otras que amamantan la lleva a inferir que algo está mal, lo que la deja estresada al no satisfacer al hijo con su propia leche, y se ve luchando con el amamantamiento. Ella también se enfrenta a su propia incapacidad en el manejo del amamantamiento y con su nerviosismo cara al problema que se presenta.

En la interacción con el marido, este se muestra sensibilizado con su estado físico y expresa el deseo de aliviar su sufrimiento, comportamiento que la conforta y hace que ella se sienta acogida para proseguir el amamantamiento. Sin embargo, después de determinado periodo de tiempo de su lucha con el amamantamiento, ella comienza a percibir que el hijo presenta ganancia insuficiente de peso. Al rechazar la observación de normalidad que otros atribuyen al acto, la mujer intenta otras soluciones para alimentarlo contando con el apoyo y participación de los familiares que se unen junto a ella en acciones para resolver el problema que se presenta, ignorando consecuencias futuras para el éxito del amamantamiento exclusivo.

Algunas veces la mujer se muestra reacia en ofrecer otra leche al hijo y en estas situaciones, el marido en interacción con la mujer y el hijo, evalúa el estado de ella y del hijo y decide alimentarlo con leche industrial, comunicando su decisión al médico al mismo tiempo que busca consejo sobre el tipo de leche a ofrecer.

Estas acciones son apoyadas por miembros de la familia, más son aceptadas con restricciones por la mujer, siendo desconsideradas por el marido que se ve con dificultades de manejarlas, además de preocupado, priorizar la atención de las necesidades alimentarias del hijo.

Las decisiones para resolver el problema alimentario del hijo a través de otra leche son atravesadas por diversos sentimientos, entre ellos la frustración, la culpa, la desvalorización de sí misma en su competencia como madre, principalmente

cuando compara su desempeño con el de otras mujeres de su entorno que, en su evaluación, serían más inconvenientes para amamantar efectivamente y lo hacen sin problemas. Estos sentimientos se vuelven más fuertes cuando ella se había preparado y ya tenía conocimientos sobre el amamantamiento anteriormente a la llegada del hijo, y eso la decepciona profundamente.

La lucha diaria con el hijo también se extiende a la lucha con su llanto que es la manera que ella tiene para comunicar que algo no está bien y es preciso que las personas consigan descifrarlo y atenderlo, hasta que ella logre a través del lenguaje decir lo que siente y lo que quiere. Así, luchando con el llanto del hijo, dice respecto del comportamiento de la mujer y familia en relación al lloro del niño y las estrategias utilizadas para la resolución del mismo.

La cara de llanto del niño es el símbolo de la madre suplidora de las necesidades del hijo que desencadena pensamientos que remiten a cuidados. Es un comunicado de que algo está incomodando al bebé y despierta ideas para solucionarlo. Afecta a algunos miembros de la familia que pasan a tener problemas con el descanso nocturno, especialmente la mujer que está consecuentemente sobrecargada por el acúmulo de funciones en la atención de las necesidades del recién nacido y de otras personas de la familia.

Los sentimientos que la mujer experimenta ante el llanto del bebé van desde descontrol, trastorno y desesperación, impregnados de la dificultad de identificar y consecuentemente resolverlo, culminando con su propio llanto al sentirse impotente y también con el deseo de poner fin, de manera drástica a lo que la incómoda. Ella se ve distanciada físicamente del hijo cuando éste llora, como una estrategia para evitar las intensas molestias que siente, para auto preservarse, recomponerse y consecuentemente dar la vuelta a la situación una vez resuelto el problema. Ella en algunas situaciones consigue identificar que el hijo se agita más con su presencia, presiente que él absorbe su estado emocional e intenta apartarse como una manera de suavizar la situación. En esos momentos, con frecuencia, ella cuenta especialmente y por un periodo relativamente largo, con la ayuda de otras mujeres

de la familia, con quien se siente más segura y donde se siente cambiando temporalmente los papeles en la atención a las necesidades del niño.

Algunos llantos del recién nacido se solucionan temporalmente a través de prácticas domésticas, pero cuando se vuelve difícil de solucionar, la mujer junto al marido y la familia se ven buscando ayuda médica. Por ello, esta busca se convierte en una sufrida, larga y estresante andadura, lo que causa en la mujer, inseguridad y desorientación, principalmente derivada de las diferentes y no siempre convergentes conductas profesionales en la atención al bebé.

El descubrimiento del motivo del llanto del hijo puede tardar de días a meses, y las consecuencias son que un problema concreto identificado, puede acarrearle sufrimiento a él, dejándola intensamente sensibilizada y desesperada. Por eso, los familiares a pesar de mostrarse no conformes y perplejos con la situación intentan tranquilizarla a través de la busca de informaciones, además de intentar hacer que ella entienda que el problema a pesar de haber provocado dolores y malestar en el niño, luego se resolverá.

Además de la pérdida de su equilibrio emocional cuando el hijo llora, ella se siente incapaz de cuidarlo y esto se nota más cuando es el primer hijo. El miedo de no saber y de no ocuparse de los cuidados del hijo se agranda cada vez más, principalmente ante la posibilidad de quedar a solas con él, hecho al cual se resiste. La incapacidad que siente en relación a su desempeño como madre se concretiza en los cuidados al hijo y junto a ello va naciendo la decepción consigo misma que se hace más evidente al percibir la facilidad con que otras mujeres de la familia atienden las necesidades de su hijo.

Ante la incapacidad que siente de cuidar al hijo, la mujer cuenta con el soporte de personas de la familia que se organizan en torno a ella y al niño, acompañando, apoyando, evaluando y junto a ella buscan estrategias para resolver los problemas que se presentan. Los comportamientos de la mujer hasta entonces son tenidos como normales y típicos de la fase que ella está cursando, una fase de adaptación a los actos considerados comunes en el momento. En este tiempo, el diagnóstico de la depresión aún no había sido realizado.

Con el tiempo, ella comienza a presentar comportamientos que son extraños para ella y para la familia, y que se exteriorizan en la relación con el hijo, se extienden y afectan a su relación con el marido y con otros de la familia quienes desconocen su forma de actuar y no entienden lo que a ella le sucede. Estos comportamientos concomitantes a los que tiene con el hijo van progresivamente tomando forma en la mujer quien se percibe perdiéndose en medio de sentimientos.

Perdiéndose en medio de sentimientos en la lucha con lo desconocido representa el segundo momento del modelo teórico. Esa etapa en que la mujer se hunde en el proceso depresivo está compuesta por sentimientos extraños y desconocidos. Las situaciones que vive quedan cada vez más fuera de su control; ella no se ve muy bien y su habilidad para funcionar como madre varía bastante. En esta etapa, la familia también precisa luchar mucho para bregar con su funcionamiento variable e intenta de todas las formas ampararla y mantener el curso de los cuidados del niño y de la casa. Se evidencian los comportamientos y sentimientos experimentados por la mujer en la interacción con el hijo, consigo mismo y con los familiares, donde el descontrol se hace más presente y el apoyo de la familia asume una dimensión de protección tanto de ella como de la unidad familiar muchas veces amenazada. La soledad que la mujer experimenta deriva de la dificultad en expresar y en tener sus sentimientos y miedos reconocidos por la familia.

Cuidando excesivamente del hijo se relaciona con el comportamiento que la mujer pasa a tener en los cuidados al hijo, que son considerados por la familia como excesivos e innecesarios. En la relación con el hijo, la mujer se siente insegura para cuidarlo, como estrategia ella aumenta los cuidados que le dispensa como una manera de garantizar la integridad física de él y también su propia seguridad en la relación. En la ejecución excesiva de los cuidados al hijo, ella es observada por los familiares, especialmente por las mujeres que la alertan sobre sus actitudes y sus repercusiones en el futuro.

El exceso de cuidados que ella presta al hijo funciona como garantía de que no está fallando en la función que se propone. Incluso cuando alertada por mujeres de la familia que en la relación con ella y con los cuidados que ella presta al hijo aportan

sus experiencias para la situación, la mujer no entiende y rechaza las percepciones de ellas al respecto. En otras situaciones, la falta de control sobre los cuidados excesivos que presta al hijo está justificada por la sensación de normalidad que tiene de sus acciones, o sea, ella no ve exagerado su comportamiento, como es percibido por la familia. En otros momentos, ella percibe y se da cuenta de que los cuidados al hijo son exagerados, pero no consigue dejar de ejecutarlos.

En la interacción con la familia, ella tiene su comportamiento con el hijo explícitamente rechazado, principalmente por otras mujeres, que intentan llevarla por el camino de una maternidad menos intensa, más suave y práctica de afrontar, además de percibir y alertarla por las consecuencias de su comportamiento en la vida del hijo y en la suya propia. Por eso, con el transcurrir del tiempo ella va sintiéndose consumida por los cuidados con el hijo y ve su vida, su tiempo y su mirar enfocados totalmente a este.

Sin embargo, el ritmo de vida que el bebé le dicta no se acepta pasivamente. Ella se ve luchando continuamente, queriendo volver a su vida y en ese querer, aprovecha momentos para escaparse de la rutina del hijo, distanciándose a través de las oportunidades que percibe y dentro de las posibilidades que tiene de hacerlo. El retorno al trabajo después de acabada la licencia de maternidad y hasta incluso durante ella por necesidad financiera, es bienvenido. Por eso, en algunas situaciones lo hace con la depresión todavía en curso, aunque de forma aliviada, de manera espontánea. Si la vuelta al trabajo significa el distanciamiento de lo que le provoca malestar, el retorno al ambiente doméstico y a las actividades maternas al final del día señala la reinmersión en una realidad que rechaza.

La rutina de cuidados con el hijo va tomando el formato, cada vez más, de una función penosa y extremadamente cansina, y esto es peor cuando algunos problemas de salud comienzan a manifestarse en el bebé, como problemas respiratorios (bronquitis) y reflujo gastroesofágico haciéndola sentirse extremadamente necesaria y cansada. Un tiempo para estar sola pasa a ser su mayor deseo, a pesar de que una vez por otra este sea teñido por un sentimiento de culpa por verse así, principalmente cuando compara su comportamiento con el

hijo con el de otras mujeres a quien toma como referencia de maternidad y cuando es acusada por los familiares en relación a la dedicación al hijo.

Las familias por medio de las mujeres intentan dar continuidad a su modo de cuidar a los niños, presentando comportamientos que suavizan la maternidad y la hacen pesada para la mujer. La manera como la familia trata la maternidad no siempre es aceptada por ella que ansía desligarse de las demandas del hijo y del control de las mujeres de la familia relacionados con su forma de cuidarlo.

Su comportamiento con el hijo es controlado por la familia, o sea, es rechazado cuando ella se excede en los cuidados, cuando no quiere cuidarlo o cuando quiere tener un tiempo para sí misma. La familia, en especial las mujeres de la familia tienen su forma establecida de cuidados y relación madre-hijo e intentan hacer que la mujer se adapte a él. Sin embargo, no siempre el símbolo que la familia tiene de maternidad es el mismo que tiene ella y quiere significar para sí, entonces, los símbolos surgidos de la familia en relación a la maternidad no son significantes, pues ella no los reconoce.

Rechazando al hijo dice respecto de los comportamientos en que la mujer se niega a cuidar del hijo, percibidos por la familia y por ella y en los comportamientos en que a pesar de cuidarlo se ve rechazándolo, pero silencia este sentimiento que pasa desapercibido para la familia. El comportamiento es percibido por los familiares cuando ella busca maneras concretas para no cuidar del hijo a través del retorno precoz al trabajo formal remunerado, y en la negativa explícita de atender las necesidades del hijo. Esto provoca en las personas de su entorno la necesidad de atender las demandas del niño, principalmente en el periodo nocturno, cuando éste llora. Esto lo hace con frecuencia el hombre que también intenta junto al bebé acomodarse y poder dormir y descansar.

La negativa a cuidar del niño no escapa a la mirada atenta de la familia, principalmente de las mujeres. Esta mirada, ora comprende cuando percibe la falta de condición física materna y ora recrimina cuando la mujer tiene actitudes rudas con el niño. La familia, entonces, atenta a lo que sucede en la relación madre-hijo intenta proteger al niño de los comportamientos maternos considerados

inadecuados y también suplir los cuidados que no recibe de la madre. Cuando la expresión del deseo de liberarse y distanciarse del hijo se hace públicamente, ella es llamada a la realidad de que tiene un hijo, y eso se hace por los familiares, que la reconducen a la situación, evitando cualquier posibilidad de apartarse.

Las mujeres mayores de la familia, a través de su experiencia, se ponen en la perspectiva de la mujer, reconociendo y validando los problemas y dificultades que ella expresa. El ejercicio de la maternidad es entendido por las mujeres de la familia como una tarea que no es fácil, y de ahí que sea comprensible el deseo de salir de la situación y abandonarla. Por ello, hay que mantenerse firme en su ejecución, pues la situación es irreversible, el niño es real, la mujer se volvió madre y hay, por tanto, una responsabilidad mayor que debe ser cumplida con firmeza y resignación, incluso ante los problemas que surgen en el transcurso.

En algunas situaciones, incluso cuando ella asume los cuidados con el hijo, se ve rechazándolo en su pensamiento. La mujer se ve expresando para sí misma el deseo de no haber tenido hijos y pensando sobre posibilidades de cómo sería su vida si el no existiese. El sentimiento de rechazo no llega a culminar con el abandono del hijo; ella piensa en la posibilidad, pero no ejecuta la acción pensada y, no por esto deja de recriminarse por los pensamientos que tiene. Entre tanto, ella se recupera pensando de manera comprensiva en otras mujeres que abandonaron a sus hijos y que tuvieron sus casos expuestos en los medios de comunicación.

El rechazo al hijo, además de ser algo que guarda para sí, está camuflado por el ejercicio del papel materno relacionado con los cuidados al hijo, el cual desempeña con perfección en la visión del hombre, a punto de no ser percibida por él. Entre los motivos expuestos por el hombre de la no percepción del rechazo de la mujer al hijo está la implicación ejemplar de ella como madre útil y celosa en sus cuidados. En esta situación, el hombre califica la relación afectiva madre-hijo como de aceptación, y consecuentemente, no consigue identificar algunos comportamientos como señales indicativas de rechazo al hijo, hasta incluso cuando ella verbaliza, él se niega a aceptar el hecho.

Así, la relación afectiva madre-hijo está ligada a la manera como ella se dedica a él, o sea, cuanto mayor es el cuidado con él, más se liga a la figura de madre cuidadora, celosa y dedicada a los hijos, quedando, por tanto, a los ojos del marido distante de la madre que rechaza al hijo, hecho que él no acredita a pesar de ser comentado por ella.

Perdiendo el control de sí misma en su interacción con el hijo se refiere a los comportamientos de agresividad que la mujer comienza a presentar con él, al miedo que siente de no conseguir evitarlos, a su lucha y la de los de familiares para mantener el control sobre estas reacciones, así como la protección del niño. La agresión toma límites físicos, psíquicos, independiente de la edad del hijo. La mujer se ve perdiendo el control de sí misma en sus cuidados, incluyendo cuidados relativos a algunos problemas de salud que él pasa a presentar y donde se ve con el añadido de una tarea más en su día a día, lo que de cierta forma la sobrecarga.

La agresión también se pronuncia cuando no consigue que el hijo entienda y atienda sus solicitudes a medida que va creciendo y se realiza lejos de los demás, donde probablemente se siente sin el control de la mirada atenta de otros y donde para ella, la agresividad parece estar permitida. Por ello, ella se siente tras el acto, invadida por el arrepentimiento y por el miedo de que todo vaya a repetirse nuevamente.

La mujer se recrimina, se rechaza, se asusta y tiene miedo de sus comportamientos con el hijo, principalmente por la extensión de los mismos en términos de agresividad y por el hecho de practicarlos a escondidas de terceros. Al esconderse para agredirlo, ella tiene conciencia de lo errado, sabe que está en contra de lo que de ella se espera como madre y teme ser señalada como una mala madre. Sus acciones en su interacción con el hijo, en su percepción, son incorrectas y peligrosas, pues se ve extravasando toda la agresividad controlada en público cuando queda sola con el hijo.

Al verse agresiva con el hijo, y con dificultades para auto controlarse, busca maneras para no quedarse sola con él, con intención de protegerlo de ella y de sus reacciones. Entre las estrategias están las de mantener al marido más tiempo dentro



de casa con ella, exigiendo su retorno al trabajo en un momento en que esté en mejores condiciones; la de distanciarse físicamente del hijo cuando se percibe en la inminencia de agredirlo y la busca de contacto con personas de su entorno, próximas a su residencia, con la esperanza de que, a través de esos contactos, se libre de pensamientos y actitudes malas para con él. La agresividad al niño es percibida por familiares que intentan protegerla de la actitud materna y esto es hecho por las mujeres mayores que intentan entender los motivos que la llevan a tener tal comportamiento y, al mismo tiempo, proporcionan condiciones para que se distancie del hijo y retorne en un periodo posterior en mejores condiciones para lidiar con él.

El comportamiento agresivo y el descontrol que exhibe también se manifiestan y se dirigen a otras personas de su convivencia familiar como el marido y otros hijos, así como con otras personas fuera de su familia.

Asumiendo el control representa el tercer momento del modelo teórico y se refiere a la etapa de retorno a la superficie y de luchas para retomar el control de la propia vida. Está marcada por el diagnóstico de la DPP y por las interacciones mediadas por el tratamiento. Los familiares se involucran en esta etapa apoyando, protegiendo a la mujer y manejando situaciones difíciles para ella, sin contar mucho con su participación. La familia en algunos momentos tiende a minimizar la enfermedad y su impacto sobre la mujer y la propia familia. Con la percepción de que el control de las situaciones se hace más presente, la esperanza de recuperación de ella también se vuelve más concreta. El tratamiento es apoyado por la familia, al definirlo como un recurso que puede mejorar el funcionamiento de la mujer y la calidad de vida de la familia.

Tras identificar lo que le sucede en las informaciones que accede en los medios de comunicación, que describen los problemas psicoemocionales del postparto y a través del contacto con otras personas (amigos, colegas de trabajo) que la alertan sobre la posibilidad de la depresión, la mujer decide buscar ayuda especializada para el alivio de sus sufrimientos.

Buscando ayuda profesional: La mujer busca inicialmente a médicos que ya la atendían anteriormente como homeópatas, clínicos, obstetras y psicólogos y en esos encuentros ya se imagina con depresión. La decisión del médico psiquiatra es en su mayoría pospuesta, haciéndose básicamente cuando ella se ve con la agudización de sus sufrimientos a través de comportamientos que no consigue controlar y que no fueron mejorados y resueltos a través de los tratamientos instituidos anteriormente.

Ella ve que su evolución se muestra detenida durante el tratamiento que buscó inicialmente y eso ella lo constata por la observación de que algunos de los signos y síntomas que venía presentando no desaparecieron con la terapia instituida. Así, busca otras salidas a la situación, buscando otros profesionales como el psiquiatra, siendo que algunas veces la decisión por este especialista es tomada tras conversaciones con otras personas fuera del círculo familiar.

La busca de la psicoterapia ocurre cuando se ve en medio de nuevos acontecimientos en el transcurso del proceso depresivo que parecen contribuir a la agudización de su estado, entre ellos la imposibilidad de amamantar al hijo y la venida de otro hijo que, consecuentemente, la coloca en una situación en que tiene que desdoblarse en la atención de las necesidades de ellos. Así, la busca del tratamiento con psicóloga sucede cuando percibe que sola no consigue lidiar con otros elementos y situaciones que van surgiendo y que la dejan en peores condiciones por la sobrecarga que experimenta al intentar enfrentar su estado y con las situaciones que van sumándose a él.

Con todo, la ayuda de la psicóloga se puede conformar de manera tardía también, en el momento del retorno al trabajo remunerado, tras el término del permiso de maternidad. Ella se ve con rechazo y miedo de volver al ambiente familiar acabado el expediente de trabajo cuando inevitablemente se enfrentará con los cuidados del hijo. La percepción que tiene de sí misma, cuando se ve llorando ante este hecho, es de anormalidad y de que necesita ayuda. Sin embargo, la busca de ayuda de psicoterapia es hecha por la mujer que presenta mejores condiciones financieras y que ya comprende la importancia de este tratamiento para su recuperación.

Percibiéndose cuidada: La mujer ve que en algunos momentos la familia se preocupa y cuida de ella. En la prestación de estos cuidados hay una mayor participación de las mujeres de las familias, durante el tiempo que ellas juzgan necesario y también cuando solicitadas por la mujer. Ellas se movilizan, independientemente del acúmulo de funciones que puedan tener en el contexto familiar y vida profesional y las grandes distancias que tengan que recorrer. Además, para prestar los cuidados a la mujer y a los hijos, ellas se organizan a través de la división de tareas entre los miembros de la familia. Para la distribución de cuidados entre los miembros de la familia, la cohesión entre sus miembros se convierte en uno de los elementos facilitadores. La distribución de los cuidados varía entre cuidados directos a los hijos y la mujer y la observación y protección de esta en actos que puedan potenciar el empeoramiento de su estado. El cuidado en la dependencia de sus condiciones es una prioridad para la familia que intenta involucrar al mayor número de personas para la atención de las necesidades que identifican en ella.

Así, mujeres de la familia acaban implicándose en la situación, a través de la formación de una red de colaboración y solidaridad, donde cooperan unos con otros, compartiendo y distribuyendo cuidados, supliendo sus necesidades de atención médica y social afectivas, objetivando su retorno al comportamiento anterior a la depresión postparto. Sin embargo, muchos de los cuidados prestados por los familiares a través de las mujeres son dirigidos a los cuidados del (los) hijo (os), pero estos acaban por aliviar la sobrecarga física y psíquica de la mujer, confortándola excesivamente, pues ella se siente también cuidada a través de la atención dispensada a sus hijos. Los cuidados prestados por las mujeres de la familia se extienden a la protección de la unión conyugal de la pareja, a través de diálogos informativos al hombre y/o en el control de comportamientos de intolerancia del hombre para con la mujer, observados en su interacción como pareja.

Las mujeres mayores de la familia se permiten e imaginan a través de sus propias experiencias las dificultades que la mujer con hijo recién nacido puede estar

teniendo. Todo este cuidado desarrollado por los familiares provoca en la mujer, incluso temporalmente, la sensación de bienestar, acogida y equilibrio.

En la relación con psiquiatras y psicólogos, ella se siente respetada durante su tiempo de recuperación de la enfermedad, además de sentirse acogida mediante informaciones detalladas sobre lo que le sucede, su evolución y posibilidades de superación. Otra fuente de apoyo y cuidados recibidos se localiza en las comunidades religiosas a que pertenece, así como de mujeres pertenecientes a algunas sociedades internas de las iglesias. Así, la mujer, familiares y marido, se sienten, al recibir ayuda profesional y espiritual, confortados, acogidos, orientados y fortalecidos para continuar la vida. Con el tiempo y recuperación de lo sucedido, la mujer empieza a examinar el pasado al mismo tiempo que intenta una nueva forma de caminar.

## **5.7 Actividad física**

El tratamiento actualmente usado en la depresión postparto se da mediante la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. En la farmacoterapia, los antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina, nortriptilina e imipramina, han sido los usados con mayor frecuencia. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina, sertralina, flavosamina y paroxetina, se han usado como medicamentos de primera línea. Sin embargo, la Food and Drug Administration (FDA) de los EUA no ha aprobado el uso de ningún tipo de medicación psicotrópica durante el embarazo y la lactancia, ya que pasan al hijo. Esto lleva, en muchas ocasiones, a la suspensión del tratamiento por parte médica o por negativa de la madre a tomar el tratamiento por posibles daños al hijo.

En los últimos años, se ha reconocido y aceptado al ejercicio como opción en el tratamiento de la depresión postparto. En contraste con la terapia farmacológica, el ejercicio en la depresión postparto tiene mínimos efectos adversos y no depende de factores externos, como las habilidades del personal de una terapia psicológica.

Después de una actividad física que consistió en empujar una carriola tres veces a la semana por un total de 12 semanas, se observó una disminución del puntaje en

la escala de EPDS. Así mismo, se observaron beneficios adicionales del ejercicio, como una mejoría en la condición física. El estudio previo es una evidencia de que el ejercicio efectuado de forma moderada ayuda en la sintomatología depresiva de las pacientes con depresión postparto. Habiendo visto que la depresión postparto afecta a la madre y a su hijo, y dada su prevalencia, el ejercicio puede ser adoptado como una medida preventiva para el desarrollo de este padecimiento.

Las madres en el periodo postparto tienen también, en ocasiones, pensamientos negativos sobre sus cuerpos. Con el ejercicio, consiguen una reducción del peso y una mejora en el tono muscular. Así mismo, el ejercicio es, para algunos investigadores, una forma de distracción de las actividades diarias estresantes del cuidado del recién nacido.

Se han propuesto varios mecanismos por los cuales el ejercicio puede influir en el estado mental. Uno de ellos puede ser los niveles incrementados de endorfinas, lo que causa cierta euforia, siendo ésta una de las explicaciones más aceptadas de los beneficios psicológicos del ejercicio. Esta evidencia se ha ido acumulando por más de tres décadas, proponiendo a la disfunción de la serotonina como parte de la fisiopatología en la depresión. Por consecuencia, el tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina ha tenido un efecto benéfico para el tratamiento de la depresión.

- **Ejercicio en el embarazo**

Hasta ahora, sólo se han reportado dos estudios aleatorizados sobre el uso del ejercicio en el tratamiento de la depresión postparto, el primero en Australia, con una duración de 12 semanas, y un segundo estudio donde se comparó un grupo de mujeres con actividad física empujando una carriola comparado contra un grupo que solamente recibió asistencia social. En ambos estudios, se reportaron reducciones significativas en los puntajes de la EPDS en los grupos que recibieron una intervención con ejercicio.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el 2002, recomendó 30 minutos de ejercicio moderado al día, los más días posibles de la semana, en

ausencia de alguna complicación obstétrica. Estas recomendaciones son semejantes a las efectuadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EUA y por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, que recomiendan un ejercicio de 3 a 4 minutos con una intensidad del 60 al 90% de la frecuencia cardiaca máxima. Otros reportes limitaban la frecuencia cardiaca a 140 latidos por minuto con una duración máxima del ejercicio de 15 minutos.

Las guías canadienses para realizar ejercicio recomiendan una zona de trabajo entre el 60 y 80% de la frecuencia cardiaca máxima, con una duración de 30 minutos, un mínimo de tres veces por semana hasta alcanzar una frecuencia de cuatro a cinco veces por semana. Se debe hacer una reducción de 15 y 20 latidos por minuto de la zona de trabajo debido a un incremento en la frecuencia cardiaca basal, la cual es mucho mayor en el primer trimestre, con incrementos leves en los últimos dos trimestres, lo que lleva a una reducción en la frecuencia cardiaca de reserva.

Adicionalmente, se han encontrado beneficios al realizar una actividad física como ejercicios aeróbicos como subir escaleras o vida activa, simplemente en casos de embarazos complicados con alguna patología como diabetes gestacional. También se tiene una ventaja contra la preeclampsia si se realiza actividad física antes y durante el embarazo. Por otra parte, con la actividad física se han observado efectos positivos como reducción del tiempo de trabajo de parto, incremento en el parto eutócico y disminución de la cesárea. Así mismo, se tienen cambios en el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), el cual juega un papel importante en la fijación de la placenta y en el inicio del trabajo de parto; su producción aumenta de forma lineal conforme el embarazo progresa. De la misma forma, la leptina aumenta su expresión durante el embarazo y se ha correlacionado con un índice mayor de masa corporal y tejido graso; se observó que mujeres con embarazos de 11, 24 y 36 semanas de gestación tenían menor incremento en los niveles del TNF-alfa y de leptina si realizaban ejercicio con una frecuencia de cuatro veces a la semana por

un poco más de 40 minutos al día, con una intensidad del 55% de la capacidad aeróbica máxima.

El ejercicio tiene una influencia en el crecimiento fetoplacentario, con una correlación conforme al tiempo y volumen realizado, siendo estos factores determinantes para la prescripción del ejercicio. Un ejercicio de baja intensidad en el primer trimestre y alta intensidad en el último trimestre (una sesión de 20 minutos 5 días de la semana hasta la semana 24, manteniendo este régimen hasta el parto) reduce el tamaño de la placenta y el producto. De la misma forma, un ejercicio de alta intensidad en el primer trimestre (con una duración de 60 minutos 5 días de la semana hasta la semana 20) con una reducción gradual (a 20 minutos 5 días de la semana) hasta llegar a la semana 24 y mantenerlo así hasta el parto, mostró que aumentaban los tamaños placentarios y de los productos de forma simétrica.

El riesgo de aborto es una posible complicación del ejercicio que se ha investigado, y se tienen estudios con una población de cerca de 93,000 mujeres embarazadas con una relación dosis respuesta con la cantidad de ejercicio y el riesgo de aborto. Se ha observado que ejercicios de alta intensidad se asocian con un incremento en el mismo. Una duración mayor en el tiempo de ejercicio se asoció con un incremento en las posibilidades de presentar un aborto, mientras que ejercicios entre 1 y 45 minutos por semana no presentaron incremento en el riesgo.

Así mismo, se ha investigado sobre el posible efecto de una prueba de esfuerzo submáximo, observando una disminución de la capacidad diastólica del ventrículo izquierdo debido a que en el embarazo se aumentan aproximadamente diez latidos por minuto; sin embargo, la fracción de expulsión del corazón se mantiene. Se han realizado pruebas con esfuerzo submáximo con el 85% de la frecuencia cardiaca máxima en diferentes etapas del embarazo, observando una disminución de la capacidad de llenado diastólico en el embarazo, sin importar el trimestre. Esto indica que las mujeres embarazadas pueden realizar ejercicio de máximo esfuerzo, logrando una adaptación.

La prevención de la depresión postparto puede ser llevada a cabo mediante acciones que involucren una actividad física planeada y dosificada, la cual lleva

enormes beneficios adicionales a la madre y el hijo. Este último punto es planteado como parte de una agenda de investigación para realizarse en población mexicana y conocer los efectos y duración de la actividad física en la posible reducción de la depresión postparto medida con instrumentos con adecuada sensibilidad y especificidad.

## **5.8 Búsqueda de una nueva forma de maternidad**

En esta nueva búsqueda, la mujer se ve luchando para construir una buena maternidad, donde ella se recrimina por haber sido agresiva con el hijo e invadida por el sentimiento de compasión todas las veces que se acuerda de las actitudes que con él tuvo durante el proceso depresivo. Pasado el periodo depresivo se evalúa como una madre mala, principalmente cuando revisa comportamientos explosivos que tuvo con el hijo y se ve luchando para transformarse en una madre diferente de la que era, a la que reprueba y rechaza a pesar de ella no haber tenido el control total.

Viendo que podía haber sido una madre mejor afectivamente con su hijo, se ve preocupándose con las posibles consecuencias de la depresión sobre él. En el transcurso del crecimiento del hijo, comienza a relacionar las respuestas comportamentales de él como negativas y problemáticas, asociándolas directamente a la interacción establecida con él durante la depresión. En la lucha para minimizar en el hijo lo que acredita ser consecuencia de su enfermedad, ella se ve en una busca de cambios en su comportamiento que todavía tiene algunos restos de cuando la depresión, siendo estos vistos por ella como perjudiciales para el buen desarrollo del hijo. Ella cuenta con la participación firme del marido que preocupado con la relación que se estableció entre madre e hijo, muchas veces interfiere en ella para ayudarlos a hacerse independientes.

A pesar de que muchas veces se siente en una condición mental donde se considera recuperada de la depresión postparto, ella se ve en determinadas situaciones amenazada por algunos comportamientos semejantes a los que tenía con la depresión. Estos son también percibidos en la interacción con sus compañeros a los que identifica como iguales a los que ella presentaba en el curso



de la enfermedad, considerándolos como una señal de alerta de que debe mantenerse atenta en su control.

La vida conyugal también se vuelve objeto de su preocupación tras la depresión, donde ella intenta retomar el modelo anterior. La mujer ve ese proceso como algo que provocó cambios intensos y remiten a la situación en que se encontraba con la sensación de que algo muy fuerte pasó en su vida provocando la desorganización del modo cómo funcionaban “las cosas” de su vida, imponiéndole un nuevo funcionamiento en el que no conseguía situarse y tener el control.

Este descontrol afecta a la relación conyugal, marcada por desacuerdos constantes derivados de su dificultad en entender las situaciones que ocurrían en el día a día, tal como eran puestas a sí, por el compañero. En la relación con el marido, la dificultad de entendimiento por ella de las varias cuestiones que se presentaban es bien vista por él.

Aunque considerado como un tiempo que provoca grandes sufrimientos, desorganización y consecuente distanciamiento conyugal, ambos afirman que tras la depresión postparto consiguieron restablecer la manera cómo funcionaba el casamiento. Para esto, también tuvieron que ejercitar una nueva forma de abordarse, cuidando el proceso de comunicación entre ellos, cercado los problemas que surgen en el día a día, aliado al ejercicio del autocontrol y ponderación en los momentos de tensión conyugal.

## **5.9 Estrategias para el autocuidado y autoayuda materna**

Son varias las estrategias de autocuidado que la mujer puede poner en práctica después del nacimiento del bebé para cuidarse:

- **Descansar todo lo que pueda.** Dormir cuando el bebé duerme. Tratar de evitar que las personas que la visitan impidan que duerma el tiempo necesario. Desconectar el teléfono y poner un letrero en la puerta cuando tome una siesta.
- **Cuidar su cuerpo.** Procurar hacer algunos ejercicios suaves, comer alimentos saludables y tomar muchos líquidos.

- **Tratar de pasar tiempo al aire libre.** Llevar a pasear al bebé.
- **Pedir ayuda.** Pedir a sus familiares y amigos que la ayuden con las tareas y los mandados de la casa.
- **Hablar con amigos, en especial con otros padres recientes,** acerca de sus experiencias como madre.
- **Tratar de pasar tiempo a solas con su pareja.**
- **Ir a grupos de apoyo para padres de recién nacidos.**

### ¿Cómo pueden ayudarle los demás miembros de su entorno a la madre?

Independientemente de que este sea su primer o su cuarto bebé, hay muchas formas en que sus amigos cercanos y familiares pueden ayudar a la mujer a adaptarse durante la transición a la maternidad. Todas las madres necesitan ayuda y apoyo después del nacimiento de un bebé.

Lo recomendable es que la mujer pida a su pareja, familia y amigos que la ayuden de la siguiente manera:

- Escuchándola cuando necesita hablar.
- Ayudándola con la cocina, las compras, la limpieza y otras tareas y mandados de la casa.
- Ayudándola en el cuidado del bebé.
- Dándole tiempo a solas para que pueda dormir, bañarse, hacer ejercicio, leer o meditar todos los días.
- **Autoayuda**

Lo más importante es creer firmemente que la recuperación es posible y buscar ayuda. Es preciso hablar de inmediato con la familia, un médico o enfermera del servicio público de salud.

- Ser sincera con respecto a sus sentimientos y preocupaciones. Así, las personas que quieren ayudar entenderán mejor sus necesidades.
- Aprovechar cualquier ocasión para descansar. Tomar una siestecita de vez en cuando. Si es madre lactante, su pareja puede encargarse de alguna toma durante la noche utilizando leche materna extraída previamente.

- Comer bien, elegir alimentos nutritivos que no requieran mucha preparación.
- Pedir a personas de confianza que le ayuden con cuestiones prácticas, como las tareas domésticas.
- Reservar tiempo para relajarse con su familia y amistades.
- Permitirse un capricho al día. Puede ser un paseo por el parque, una sesión de ejercicio o simplemente un café con sus amistades.
- Buscar tiempo para divertirse. Aceptar las ofertas sinceras para cuidar al recién nacido y salir a comer, al cine o a visitar amigos.
- No perder la intimidad con su pareja. Un beso y un abrazo pueden ser una fuente de consuelo, incluso si no le apetece practicar el sexo.

Informarse sobre las estructuras de apoyo que hay en su zona. Tales como grupos de apoyo para madres o para lactantes y primera infancia. Las madres en situaciones similares a la suya pueden proporcionarle apoyo emocional y práctico.

- **Es importante que la madre con depresión posparto NO debe:**
- Intentar ser una supermujer. Quizás necesite reducir el número de compromisos en otras áreas de su vida.
- Culparse a si misma o a su pareja. En este momento, la situación es difícil para ambos.
- Cambiarse de casa (si es posible) durante el embarazo o en los meses posteriores al parto.

## **6.- Análisis, evidencias e investigaciones**

### **6.1 Realidad en el sistema público de atención de salud**

La depresión postparto, una condición seria, es en general no auto limitada. Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas.

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lugar las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

No existen trabajos nacionales que enfoquen esta problemática, el presente estudio permite estimar la incidencia y factores de riesgo de esta condición, en pacientes beneficiarias del sistema público de salud.

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes beneficiarias del sistema de atención primaria que acudían a sus controles habituales postparto. Para ello los internos de medicina acompañados por matrona o enfermera realizaron una encuesta a aquellas mujeres que se encontraban entre el quinto o sexto mes postparto. Como instrumento diagnóstico se utilizó los criterios del CIE 10 para depresión, considerando casos positivos para depresión, aquellas mujeres que presentaron 5 o más de los 9 criterios, por un tiempo mínimo de 2 semanas.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos

pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Durante la entrevista se confeccionó un cuestionario en donde se consignó la edad, paridad, antecedentes médicos relevantes, patología durante el embarazo, tipo de parto, prematuridad, patologías del recién nacido o lactante que requirieron hospitalización o estudio, antecedentes personales o familiares (de primer grado) de depresión, estado civil, consumo de alcohol o drogas. No se incluyó una evaluación de la condición socioeconómica de las pacientes, puesto que todas las mujeres estudiadas son beneficiarias del sistema público de salud.

De las mujeres entrevistadas, 106 reunían los criterios de inclusión para este estudio. La edad se encontraba entre los 16 y 36 años de edad, 7 de ellas presentaban antecedentes mórbidos de importancia (destacan tres casos de hipertensión arterial), 15 de ellas presentaron alguna patología relacionada con el embarazo que requirió hospitalización o estudio, 15 casos los hijos de estas mujeres fueron hospitalizados, principalmente en el período de lactante, y la principal indicación fue por enfermedad respiratoria.

Del total de partos, 31 fueron por cesárea (29,24%), y 24 fueron partos de pre término. No se describen casos de partos de post-término.

Con respecto al antecedente de patología psiquiátrica, 15 de las mujeres incluidas habían padecido de depresión anteriormente, dos de las cuales la presentaron en el puerperio de partos anteriores. Por otro lado, 13 de las puérperas reconocieron tener un familiar de primer grado con antecedentes de depresión. Al consultar por sus hábitos, 7 reconocieron consumir regularmente alcohol antes y durante el embarazo. No encontramos mujeres que consumieron o reconocieran el consumo de drogas ilícitas.

Por último, 16 de ellas no tenían pareja y 18 a pesar de tenerla no estaban casadas. Con respecto a la patología estudiada, 34 (32,07%) presentaron depresión, según los criterios del CIE-10. Las mujeres que padecieron alguna patología durante el embarazo, presentaron un 66,6% de depresión puerperal en comparación con 26,37% del grupo sin éste antecedente, diferencia que resulta significativa.

También resultó significativo la diferencia observada en mujeres con hijos que estuvieron hospitalizados durante el período de recién nacido o lactante. De ellas 60% se deprimió posteriormente, en comparación con las mujeres que no hospitalizaron a sus hijos, donde encontramos 27,47% de depresión. El tipo de parto y la prematuridad no resultaron factores de riesgo significativos. Tampoco el hábito alcohólico ni el estado civil.

La depresión post parto constituye un verdadero problema de salud pública, si sólo nos atenemos a las cifras enunciadas afectará a 1 de cada 3 pacientes, por lo que un manejo multidisciplinario con matronas, psicólogos, obstetras y en casos más severos psiquiatras debe estar disponible en todos los niveles de atención.

## **6.2 Análisis del problema y sus consecuencias en el embarazo adolescente**

El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de

un hijo. El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión posparto (DPP) uno de los principales riesgos.

A nivel internacional existe una amplia literatura respecto a la DPP. Numerosas investigaciones en países desarrollados y en vías de desarrollo, incluido Chile, informan sobre la prevalencia del trastorno, los factores de riesgo y las consecuencias asociadas, así como de las intervenciones efectivas para tratarlo. A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de DPP exclusivamente en madres adolescentes. En Chile, si bien algunas investigaciones han abordado el tema de la salud mental entre las puérperas adolescentes, no existen estudios publicados cuyo objetivo central sea el estudio de la DPP.

Por convención, embarazo adolescente se define como todos aquellos embarazos que se presentan en mujeres menores de 19 años. Existe amplia variabilidad en la incidencia alrededor del mundo; la tasa de natalidad en jóvenes entre 15 y 19 años alcanza el 10% en Estados Unidos, el 4% en Europa Occidental y Japón. En Chile en tanto, la fecundidad en menores de 19 años experimentó un ascenso sostenido entre la década del 80 y el año 2 mil, con una tasa actual de natalidad adolescente cercana al 15%.

El embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión. Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbimortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. Éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, a la prematurez y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar.

La prevalencia de DPP muestra gran variabilidad en el reporte, con valores entre 5 y 50%, dependiendo fundamentalmente de la población y el periodo de tiempo estudiado, así como de los instrumentos utilizados. En aquellas investigaciones en

que se han usado criterios operacionales estrictos para definir los casos de DPP, la cifra suele encontrarse alrededor del 10%, equivalente a la prevalencia de depresión en mujeres no embarazadas.

El instrumento más usado para medir DPP corresponde a la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), validada en múltiples países e idiomas, incluido Chile. Originalmente concebida para ser utilizada en el puerperio, en muchos países su uso se ha extendido al periodo prenatal y también a la evaluación de los padres. Otros instrumentos de autoreporte que también se utilizan frecuentemente son el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D) y la de Hamilton (Ham-D).

En Estados Unidos, en un estudio con representatividad nacional, usando los criterios del DSM-IV, se encontró una prevalencia de depresión a los 12 meses posparto de 9,3%. En el Reino Unido, se evaluaron 12 mil mujeres con el EPDS a las 8 semanas posparto, encontrándose una prevalencia de síntomas depresivos del 10%. En Chile, Ja-dresic y cols, y Alvarado y cols, mediante entrevistas psiquiátricas estructuradas, encontraron una incidencia de DPP de 10,2 y 9,2%, respectivamente.

Al igual a lo que ocurre con la estimación de DPP en puérperas en general, el reporte de DPP en adolescentes muestra importantes fluctuaciones, con valores que oscilan entre 20 y 57%. Logsdon y cols y Cox y cols aplicaron el CES-D a puérperas adolescentes, encontrando un 37% de síntomas de DPP entre las 4 y 6 semanas y un 53,6% al año postparto, respectivamente. Schmidt y cols, en tanto, siguió durante cuatro años a madres adolescentes con el BDI, observando un 36,7% de síntomas depresivos a los 3 meses posparto y 21,1 % a los 48 meses.

Varias investigaciones se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo específicamente entre madres adolescentes. Tal como los estudios que han intentado ligar factores socioeconómicos con DPP, sin distinción por rango etéreo, en adolescentes los resultados no han sido concluyentes. Barnet y cols, evaluaron la influencia del nivel socioeconómico, sin encontrar una relación significativa entre éste y síntomas depresivos, mientras que Secco y cols, encontraron una relación



estadísticamente significativa entre menor nivel socioeconómico y DPP en las madres adolescentes. Caldwell y cols por su parte, estudiaron la asociación entre etnicidad y DPP, sin encontrar una diferencia significativa entre las adolescentes afroamericanas y las caucásicas.

La relación entre nivel educacional y DPP también ha mostrado resultados disímiles. Barnet y cols, diferenciaron entre las madres que habían abandonado el colegio y aquellas que seguían asistiendo a clases, sin encontrar diferencias en la prevalencia de DPP. Mientras que Kalil y cols, mostraron que aquellas jóvenes con deserción escolar, presentaban mayores índices de DPP a los 6 meses postparto.

En cuanto a la edad, Figueredo y cols, concluyeron que ser adolescente era un factor de riesgo independiente para DPP, mientras que Kalil y cols, reportaron mayor riesgo de DPP entre las jóvenes de 15 años respecto a las de 16 o 17.

En cuanto a las consecuencias de la DPP, Barnet y cols en un estudio prospectivo, mostraron que las jóvenes deprimidas tenían un riesgo relativo de 1,44 en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto. Respecto a la relación madre-hijo, Panzarine y cols, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus bebés al momento de alimentarlos; mientras que Field y cols, concluyeron que bebés de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad.

Leadbeater y cols, evaluaron la calidad de las interacciones madre adolescente-hijo, encontrando que, a mayor sintomatología depresiva durante el primer año posparto, existían menos interacciones recíprocas positivas entre la diada a los 20 meses. Al medir a los mismos niños, en la etapa preescolar, vieron que aquellos con madres deprimidas en el posparto presentaban más problemas conductuales. Asimismo, Lesser & Koniak-Griffin, encontraron una correlación negativa entre síntomas depresivos y la calidad de la interacción diádica entre las 4 y 6 semanas posparto.

En la práctica clínica, la DPP suele ser sub diagnosticada y sub tratada. Las razones por las que esto ocurre son variadas, pero se plantea que las expectativas sociales y familiares que recaen sobre las puérperas las hacen reticentes a revelar sus problemas anímicos. De hecho, un estudio mostró que del total de mujeres con DPP, tan solo 30% pensaba que podía estar sufriendo un episodio depresivo, y 80% no había consultado al equipo de salud por su sintomatología. Entre las madres adolescentes la DPP también suele pasar desapercibida, y las barreras para la identificación y tratamiento en ellas han sido prácticamente inexploradas.

El traslape sintomático que se produce entre los síntomas depresivos y los puerperales también contribuyen a dificultar el diagnóstico. Las alteraciones neurovegetativas y neuro cognitivas características de la depresión, tales como fatiga, dificultad para dormir, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y baja libido, son también muy frecuentes de encontrar entre las puérperas. Por lo mismo, es muy importante indagar respecto al origen de los síntomas. Útil resulta discriminar la fatiga física de la "emocional", en donde lo que predomina es la anhedonia. Asimismo, el insomnio, en el que la madre no logra conciliar el sueño mientras el bebé duerme también orienta a DPP.

En el caso de las jóvenes, los síntomas depresivos suelen acompañarse de irritabilidad, por lo que su presencia en una puérpera adolescente debe hacer sospechar de DPP. De hecho, Shanok & Miller, encontraron que tanto la tristeza como la irritabilidad, eran los principales síntomas descritos por las madres adolescentes deprimidas.

Por otro lado, la DPP suele ser sub diagnosticada porque en el control de salud pre y posnatal generalmente no está contemplada la búsqueda de factores de riesgo ni de síntomas de depresión. En Estados Unidos, por ejemplo, el tamizaje de DPP no es una medida estándar a nivel nacional. En nuestro país, en los controles prenatales se evalúan factores de riesgo psicosocial en la madre, considerándose todo embarazo adolescente como de alto riesgo, y se aplica de rutina el EPDS en el puerperio. Por el momento, sin embargo, estas intervenciones sólo contemplan a los niveles socioeconómicos más bajos atendidos en el sistema público de salud.

El tratamiento de la DPP se basa en los mismos principios que en la población general. Un enfoque biopsicosocial permite cubrir todos los factores involucrados, así como optimizar la respuesta clínica. La gravedad de los síntomas determinará la modalidad terapéutica a utilizar, considerando que los mejores resultados se obtienen del manejo combinado de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los factores biológicos se manejan fundamentalmente a través de la promoción del descanso y el buen dormir y de la farmacoterapia, cuya elección depende fundamentalmente de los antecedentes depresivos previos, y si la madre está o no lactando. La terapia hormonal, de luz e incluso terapia electroconvulsiva, pueden ser necesarias en caso que los síntomas no remitan a pesar del uso correcto de los fármacos antidepresivos.

Para los factores psicológicos es útil la psicoterapia, individual o grupal, que en muchos casos deberá incluir a la pareja o familia de la puérpera. La terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria, ya que en muchos casos se requiere la derivación a servicios de asistencia social y/o judiciales específicos.

### **6.3 Evidencia cuantitativa de unidades obstétricas públicas en México**

La depresión perinatal (PDN), un episodio depresivo que ocurre durante el embarazo o el primer año posparto, es un grave problema de salud pública dado el mayor riesgo de morbilidad para la madre y el bebé. En México, 4.6 millones de niños viven con madres con síntomas depresivos clínicamente significativos. La prevalencia de síntomas depresivos en una muestra de mujeres mexicanas fue de 16.6% durante el embarazo y 17.1-20.0% después del parto.

La depresión perinatal puede abordarse, particularmente cuando existen pautas del sistema de salud para la detección y el tratamiento de los trastornos mentales. En México, sin embargo, la probabilidad de que los adultos reciban servicios de salud mental es baja. En promedio, catorce años transcurren desde la primera aparición

de un trastorno del estado de ánimo de un adulto como la depresión mayor hasta el inicio del tratamiento, en México. Las mujeres mexicanas de 18 a 29 años son el grupo de edad con menos probabilidades de recibir los servicios de salud mental necesarios, lo que sugiere una falta de pautas para abordar la atención de salud mental para mujeres en edad reproductiva.

Aquí nuestro objetivo es describir la prevalencia nacional y regional de la salud mental y la existencia de protocolos o pautas para la detección y atención de la depresión durante o después del embarazo dentro de las unidades obstétricas públicas en México.

Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico estratificado para seleccionar una muestra representativa de 926 unidades de atención de salud públicas (Ministerio de Salud, ISSSTE, IMSS, IMSS-Oportunidades) en atención primaria, secundaria y terciaria en todo México. Se seleccionó una sub muestra de 211 unidades obstétricas hospitalarias de nivel secundario y terciario (excluyendo hospitales generales) representativas a nivel nacional, regional y urbano/metropolitano. Después de firmar el consentimiento informado, el médico / cirujano jefe de obstetricia y ginecología (OBGyn) o el jefe de la unidad OBGyn fueron entrevistados en persona utilizando un cuestionario estructurado (aplicado con una computadora portátil) para evaluar los siguientes tres temas:

1. ¿Se ofrecen servicios de asesoramiento o atención de salud mental?
2. ¿Existen protocolos o pautas para la detección de la depresión durante o después del embarazo?
3. ¿Existen protocolos o pautas para el cuidado de la depresión durante o después del embarazo?

En México, el 64.0% de las unidades obstétricas públicas ofrecen atención de salud mental, mientras que el 37.1 y el 40.3% de las unidades tienen protocolos o pautas para la detección o atención de PND (depresión posnatal), respectivamente. Casi todas las unidades obstétricas (96.7%) en la Ciudad de México y el estado adyacente de México ofrecieron atención de salud mental y porcentajes más altos de unidades tenían protocolos / pautas para la detección y atención de PND. En

contraste, la atención de salud mental fue ofrecida por menos del 50% de las unidades ubicadas en la región sur de México. El sur de México tuvo el menor porcentaje de unidades con protocolos / pautas para la detección de PND (26.5%), seguido por el norte (27.3%) y el centro de México (50.0%) y finalmente la región del estado de la Ciudad de México-México (76.7%). El Norte tenía el porcentaje más pequeño de unidades con protocolos / pautas para la atención de PND (28.1%).

Un mayor porcentaje de unidades en áreas metropolitanas ofrecían atención de salud mental (70.4 vs. 58.1%) y tenían protocolos / pautas para la detección de PND (49.0 vs. 21.1%) y atención para PND (50.7 vs. 26.5%), en comparación a zonas urbanas.

Hubo un número total significativamente mayor de proveedores en las unidades que ofrecen atención de salud mental que en los que no lo hicieron (66.1 vs. 45.0). Del mismo modo, hubo un número significativamente mayor de psicólogos en las unidades que informaron la provisión de atención de salud mental (0.9 frente a 0.2) y el uso de protocolos / pautas para la detección de PND (1.1 frente a 0.3) y la atención (1.1 frente a 0.3), en comparación con Unidades sin.

Estos hallazgos indican la necesidad de implementar el apoyo institucional para la detección sistemática y el tratamiento de la PND. Una herramienta breve de detección de dos preguntas de tres preguntas puede ser útil y factible para los protocolos de detección iniciales en los períodos prenatal y posnatal. Si el puntaje de una mujer excede un umbral establecido, se deben activar las vías de atención adecuadas, incluida la derivación a médicos de salud mental.

Aunque nuestros resultados sugieren invertir en aumentar el número de psicólogos en unidades obstétricas, puede que no haya suficientes psicólogos capacitados para cubrir las necesidades existentes. El personal no clínico que realiza intervenciones no farmacológicas en entornos de bajos recursos puede tener éxito en la reducción de los síntomas de los problemas de salud mental perinatal. Actividades como visitas domiciliarias, escucha empática y técnicas cognitivo-conductuales llevadas a cabo por trabajadores de salud comunitarios han demostrado con éxito una disminución de los síntomas depresivos entre las

mujeres. Se debe explorar la viabilidad de la implementación de tales estrategias en México. Se implementó una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posnatal entre mujeres de alto riesgo en un hospital del sector público en México, con resultados que sugieren que las participantes en el grupo de intervención tuvieron una mayor reducción de la depresión a las 6 semanas y 4 a 6 meses después del parto en comparación con las participantes. recibiendo atención habitual. Se necesitan políticas públicas y específicas de las instalaciones que respalden estas y otras intervenciones de PND.

La principal fortaleza de este estudio es la muestra representativa a nivel nacional de unidades obstétricas, que permite la generalización de los resultados para informar la política nacional. La principal limitación es que las preguntas abordaron la infraestructura para la detección y el tratamiento de la PND, no las intervenciones en sí mismas. Se necesita investigación futura para dilucidar los procedimientos de detección y atención en unidades de nivel primario y otras especialidades como la pediatría, así como para evaluar estudios piloto que prueben protocolos de atención escalonada e intervenciones basadas en la comunidad. Debido a las extensas consecuencias negativas del PND en la salud de las mujeres y los bebés, su detección y atención justifican importantes iniciativas de salud pública.

#### **6.4 Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto**

El estudio es un análisis de datos secundarios de una investigación dirigida a evaluar una intervención psicoeducativa durante el embarazo. La muestra incluyó mujeres que asistían a atención prenatal en tres instituciones de atención médica en la Ciudad de México. Los participantes fueron entrevistados a las 6 semanas y entre 4 y 6 meses después del parto. Los criterios de inclusión fueron >18 años de edad, no estar <26 semanas de embarazo, haber completado la escuela primaria y tener sintomatología depresiva y/o antecedentes de depresión. Los criterios de exclusión presentaban trastorno bipolar o abuso de sustancias. La muestra fue tomada como un único grupo.

Estas incluyeron mediciones en las siguientes áreas: 1. información sociodemográfica; 2. el cuestionario de autoeficacia materna; 3. la segunda edición del Inventario de depresión de Beck (BDI-II); 4. Escala de tasa de apoyo social (SSRS) y la adaptación familiar, asociación, crecimiento, afecto y resolución (Family APGAR); 5. Escala de ansiedad, Hopkins Symptoms Check List-90 (HSCL-90); 6. el Inventario de autoestima de Coopersmith, y 7. eventos estresantes, con una escala de 12 ítems.

Después de la selección de los participantes según los criterios de inclusión, estos se asignaron aleatoriamente al grupo control o al grupo de intervención. Después del parto, los instrumentos antes mencionados se aplicaron a los participantes mediante una entrevista en los dos momentos del período posparto. Se realizaron dos análisis de regresión logística (uno para cada punto postnatal) para evaluar la relación entre sociodemográficos (edad, escolaridad, estado civil, número de embarazos) y psicológicos (síntomas de depresión y ansiedad, autoestima, eventos estresantes, sociales, soporte) variables en MSE. Además, se introdujo la condición de intervención y control en los análisis para controlar el posible efecto de la participación en la intervención.

Con respecto a las características de la muestra, hubo un número similar de mujeres <26 (47.3%) que las mujeres >26 años (52.7%); la mayoría tenía >10 años de escolaridad (66.7%), tenía una pareja (casada o conviviente) (86%) y tenía menos de un embarazo (62.7%). Los análisis de regresión logística durante 6 semanas después del parto mostraron que no tener pareja, sintomatología depresiva posparto, eventos estresantes y pertenecer al grupo de control estaban relacionados con una baja autoeficacia materna; durante el período de 4-6 meses posparto, no tener pareja, menos escolaridad y sintomatología depresiva posparto se asociaron con la variable en estudio.

La sintomatología depresiva postnatal y el hecho de no tener una pareja predijeron una baja percepción de autoeficacia materna a las 6 semanas y a los 4-6 meses después del parto, lo que indica que su efecto es más crónico. La repercusión de la depresión puede explicarse por la reducción de la sensación de capacidad materna

que produce, al no tener una pareja, que es uno de los apoyos más importantes para la adaptación de las mujeres a la maternidad, dificulta el desempeño materno. La presencia de eventos estresantes a las 6 semanas posnatales también obstaculiza la percepción de autoeficacia en el cuidado del bebé, lo que se explica por las grandes demandas a las que se somete la madre debido a la corta edad del bebé durante este período. Por su parte, la escolarización limitada ejerció efectos adversos 4-6 meses después del parto. Se ha documentado que esta variable está estrechamente asociada con la salud mental en general; reduce los recursos para hacer frente al estrés y deteriora la autoestima.

Finalmente, ser parte del grupo de control, es decir, no haber participado en la intervención psicoeducativa, influyó negativamente en la autoeficacia materna, pero no tuvo efecto a los 4-6 meses después del parto. Este resultado muestra que, en primera instancia, participar en una determinada afección afectó a la variable dependiente más el hecho de que el criterio de selección para el estudio principal fue que todos puntuaron en síntomas depresivos restringe la generalización de estos hallazgos.

Las implicaciones de estos hallazgos son que la percepción de autoeficacia materna podría mejorarse a través de programas específicos dirigidos a mujeres que muestran un nivel educativo limitado, falta de pareja, síntomas depresivos posparto y eventos estresantes. El beneficio no solo se traduciría en un sentimiento más positivo de la madre con respecto a sus habilidades, sino también, en teoría, en un mejor desempeño de su papel materno y, en consecuencia, en el bienestar y desarrollo de sus bebés.

## **6.5 Políticas públicas en México**

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se



encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

- **Estrategias de atención**

Los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al tremendo impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población. Pese a ello, una gran mayoría de los individuos no acude a tratamiento, lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social.

En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo.

Diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda, tales como el estigma, los horarios de atención poco convenientes, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas, el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta, el desconocimiento del tratamiento o las dificultades para el trasladarse al servicio, entre otros.

Un factor más tiene que ver con la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas de la población y el tipo de asistencia que se ofrece; es decir, mientras la población suele definir y expresar las necesidades en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza (laborales, económicos, con la pareja, la familia, etc.), lo que ameritaría consejo, entendimiento o empatía, la atención de los servicios está basada en realizar diagnósticos psiquiátricos y dirige el tratamiento hacia los trastornos detectados.

Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad también dificulta que la población acuda y permanezca en los servicios.

Como plantean Wagner y colaboradores, resulta necesario analizar con mayor detenimiento los significados y representaciones que las personas tienen en torno a la depresión y hacia los factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios.

- **Implicaciones para las políticas públicas**

Es necesario reconocer que la salud mental está hoy en día incluida en la agenda de la salud pública y que se han logrado avances importantes como la integración del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los principales trastornos mentales en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular. Sin embargo, el desafío está lejos de haberse vencido; sigue siendo ancha la brecha entre lo que se necesita y lo que está disponible para reducir la carga de los desórdenes mentales en general, y de la depresión en particular.

Ante este panorama, los retos para mejorar la atención son: a) continuar con el proceso de gestión para que los trastornos mentales sean considerados como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento y lograr así un acceso universal para la atención de estos padecimientos; b) Las políticas públicas deben incorporar de manera equilibrada acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Es importante que estas acciones se realicen de manera coordinada con los diferentes sectores públicos para lograr un uso más eficiente de los recursos disponibles. Aunado a lo anterior, es necesario que se consideren las dimensiones biopsicosociales de la enfermedad, los elementos culturales del padecer y los requerimientos específicos por género o edad, para responder de una manera más eficaz a las necesidades sentidas por la población; c) Fortalecer los servicios de salud mental en el primer nivel de atención con intervenciones clave que combinen el tratamiento farmacológico con la psicoterapia breve.

En otros países se ha visto que la atención primaria proporciona continuidad en el tratamiento porque los pacientes y el equipo se conocen, lo que redundará en la

reducción de los costos totales de la atención sanitaria. Adicionalmente, es frecuente que los resultados obtenidos cuando las intervenciones se realizan en el primer nivel sean mejores que los que se logran en el nivel más especializado, porque la atención primaria está mejor equipada para tratar a los pacientes de forma integral; d) Es clara la necesidad de aumentar el financiamiento para la atención de la salud mental, pero también es necesario lograr una mejor distribución de los recursos, ya que 80% de los mismos se consumen en la manutención de los hospitales psiquiátricos, lo que reduce las posibilidades de invertir en acciones para fortalecer la atención en el primer nivel; e) Es necesario desarrollar programas para atender a los grupos más vulnerables (niños, comunidades rurales, indígenas, población en extrema pobreza, etc.), que generalmente tienen un acceso muy limitado a los servicios de salud mental existentes; f) En cuanto a la depresión posparto, es necesario implementar medidas para informar a la población sobre este padecimiento y fomentar su detección oportuna. La instrumentación de estas acciones en servicios gineco-obstétricos, pediátricos y de atención primaria, permitirá reducir las consecuencias negativas y la discapacidad asociadas con este trastorno en dos generaciones: la madre y el infante.

Si bien es cierto que en México existe evidencia suficiente sobre las dimensiones y costos de la depresión y también sobre las posibles acciones para prevenirla y tratarla, es necesario redoblar los esfuerzos. Únicamente se podrá reducir la carga que representa este padecimiento si se mantiene un proceso continuo de evaluación de los programas y de las políticas públicas.

## **6.6 Costoefectividad de los tratamientos**

La estimación de costoefectividad de intervenciones para un padecimiento permite conocer cuáles son los tratamientos que conviene gestionar, tomando en cuenta que los recursos disponibles para atender la demanda y necesidad en salud son finitos. Es a partir de este tipo de evidencia científica que los recursos disponibles (o potencialmente disponibles) pueden asignarse de forma óptima.

La OMS seleccionó los años de vida ajustados por discapacidad o AVISA (-en inglés DALYs, Disability Adjusted Life Years-) como las unidades de evaluación de

costoefectividad de las intervenciones para diferentes problemas de salud, incluyendo los trastornos mentales como la depresión. Cuando se llevan a cabo estudios de costoefectividad tomando en cuenta esta unidad básica de medición, se calcula el costo que tendrían los AVISA evitados por cada intervención.

Es claro que en México las intervenciones disponibles para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención evitarían un número considerable de AVISA; llaman la atención dos tipos de intervenciones, una con sólo medicamento y otra con la combinación de estrategias farmacológicas y psicosociales: a) el número de AVISAs evitados sería casi tres veces superior si se administraran antidepresivos tricíclicos con una cobertura de 50%, y b) llegaría a ser hasta seis veces superior si se emplearan inhibidores de recaptura de serotonina más psicoterapia y manejo proactivo de caso.

Este importante número de AVISA evitados con la intervención combinada, sugiere que la inclusión de tratamientos psicosociales es ventajosa desde el punto de vista de la relación costoefectividad. Afortunadamente, aunque hace falta invertir en más y mejores esfuerzos de investigación clínica para el desarrollo, adaptación y evaluación de tratamientos para la población nacional, se dispone de alguna evidencia de efectividad de los mismos.

## **6.7 Efectividad de tratamientos para la depresión en la población mexicana**

En el plano mundial se ha planteado que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal. Existen diversas intervenciones psicológicas breves que han sido adaptadas con éxito para su empleo en muy diversas culturas y países y una ventaja de las mismas es que pueden ser reproducidas con efectividad por parte de personal que labora en el primer nivel de atención a la salud, con lo que la atención a la depresión no tiene por qué encarecerse al ser otorgada por un especialista.

En México, Páez y colaboradores demostraron que una intervención cognitivo conductual otorgada por un pasante de medicina presenta efectos significativos para cambios en tiempo y por grupo experimental y control de sintomatología depresiva basal y a los cinco meses.

Una intervención psicoeducativa grupal para mujeres con elevada sintomatología depresiva también mostró reducción de los síntomas y gran aceptación por parte de las participantes. Esta intervención está siendo diseminada por el Instituto Nacional de Psiquiatría a personal especializado y no especializado en salud mental.

Finalmente, se ha demostrado que estas intervenciones aportan beneficios a la población mexicana con padecimientos crónicos con alta comorbilidad de depresión, como es el caso de pacientes con diabetes. El tratamiento de la sintomatología depresiva se asoció, además, con la mejoría de la condición médica, lo que demuestra la necesidad de la atención integral a la salud; sin salud mental no hay salud física.

## **6.8 Comorbilidad de la depresión con otras enfermedades crónicas**

La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo condiciones.

La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces. Del mismo modo, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y

enfermedades respiratorias, todas ellas, condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo.

Asimismo, es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación ocurre entre 25 y 50% de los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad. Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo. Si se considera solamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50%.

## **6.9 Parricidio**

Estudios europeos y norteamericanos coinciden en que el parricidio se da en un 4% de todos los homicidios resueltos.

Dentro de las civilizaciones antiguas el infanticidio era considerado como un medio para eliminar todos aquellos niños que nacían con defecto físico. Los niños eran asesinados o abandonados para morir desnutridos o devorados por animales, fuera para el equilibrio de sexos, medidas económicas en las grandes poblaciones, por ser personas que no pueden soportar largas caminatas, por motivos religiosos, o por el derecho del padre el reconocer o no el derecho de vivir de su hijo.

Luego se impondrían limitaciones al poder del patriarca, convirtiéndose entonces en delito el dar muerte a la propia madre, hijos o hermanos.

El parricidio se ha clasificado como: neonaticidio la muerte de un hijo en las primeras 24 horas, infanticidio cuando el niño tiene entre un día y un año y filicidio para los mayores de un año, es cometido principalmente por mujeres, madres jóvenes, en su mayoría sin patología psiquiátrica, pero en contextos socioeconómicos adversos,

tales como: embarazo no deseado, ser madre soltera, vivir aún con sus padres y presentar serias dificultades financieras.

El resto de las madres, ya sean infanticidas o filicidas, en general son casadas o están viviendo con su pareja, presentan patología psiquiátrica importante, especialmente de la esfera anímica, incluida la depresión y la psicosis post-parto.

Algunos estudios describen hasta un 76% de episodios psicóticos al momento del delito, mientras otros reportan que la primera causa de infanticidio sería la depresión postparto.

Además, en los casos de filicidios o infanticidios, habría otras causas relacionadas al hecho, como enfermedades del hijo o problemas maritales. También se ha visto que la mayoría de estas madres consumen alcohol y/o cocaína antes y después del parto. Otra causa, pero infrecuente es el síndrome de Munchausen por poder.

Una clasificación que agrupa a las madres que matan a sus hijos, y que sintetiza lo expuesto anteriormente, es la que han hecho autores como Resnick y D'Orban y que tipifica a estas mujeres en cinco grupos: El filicidio materno obedece a cinco motivaciones básicas:

- a) El filicidio altruista, la madre mata a su hijo por amor; considera que lo mejor para el niño es su muerte (p. ej., una madre con ideación suicida puede querer que su hijo huérfano no tenga que enfrentarse a un mundo intolerable, o bien una mujer que sufre psicosis puede creer que está salvando a su hijo de un destino peor que la muerte).
- b) El filicidio por psicosis aguda, la madre padece un cuadro de psicótico y asesina a su hijo sin que exista para ello un motivo comprensible (p. ej., una madre puede obedecer órdenes alucinatorias de matar a su hijo).
- c) El filicidio por maltrato mortal, el fallecimiento del niño no suele ser un resultado buscado; se debe a la acumulación de problemas derivados del abuso infantil, la negligencia y el síndrome de Munchausen por poderes.
- d) El filicidio del niño no deseado, la madre considera que su hijo es un estorbo.

e) El filicidio por venganza hacia el cónyuge, que tiene lugar cuando una madre asesina a su hijo con el objetivo específico de causar daño emocional al padre del niño.

Sin embargo, algunos autores han encontrado limitaciones a esta clasificación por su subjetividad y han aparecido nuevas clasificaciones que se basan no sólo en la motivación sino también en la intencionalidad y la enfermedad mental.

Bourget y Gagné propusieron los siguientes tipos de madres filicidas: las que presentan una patología mental (el hecho puede ser realizado con o sin intención), las que maltratan de forma fatal (hecho accidental), las filicidas por venganza conyugal (hecho intencional), las altruistas (intencional), y otras o no especificadas.

Para las clases anteriores se debe especificar si el delito se asocia a suicidio, abuso de sustancias y si era predecible o no.

Con respecto al filicidio cometido por padres, no existe evidencia concluyente para decir si éste sería más, igual, o menos frecuente que el filicidio materno. También resulta controversial si éste sería o no parte de violencia intrafamiliar. Se han observado en este grupo altas tasas de suicidio posterior al acto (60-86%), y en la mayoría de ellos, la presencia de trastornos depresivos al momento del hecho. Un tercio estaría cursando un episodio psicótico al momento del ataque, especialmente aquellos que dan muerte a todo el núcleo familiar. Cabe señalar como dato de importancia que los padres adoptivos cometerían más filicidio que los padres biológicos.

Adinkrah expone que el 62% de todos los homicidios en hijos de 0 a 5 años en EE UU, desde 1976 hasta 1998 fue cometido por los padres; que en Australia eso ocurrió en el 70% y que en Canadá dos tercios de los homicidios de niños fueron cometidos por uno de los padres. Las estadísticas inglesas registran 56% de los niños murieron en manos de sus padres.

En otras sociedades, como Fiji, el filicidio es un componente importante de la violencia fatal: 13,9% de todos los homicidios, en el país en el periodo de estudio (13 años) fueron filicidios; las madres fueron las atacantes en el 72%.



En India el filicidio materno es un fenómeno estrechamente vinculado a la preferencia por el hijo varón y se manifiesta en la utilización masiva del recurso del aborto selectivo para terminar los embarazos de fetos femeninos, como también en la desproporcionada mortalidad de infantes niñas; la dramática preferencia también se vislumbra en el precio inferior que se le adjudica a la partera por asistir un parto de niña y en la tarifa adicional para su exterminación.

- **Conclusiones**

El parricidio es un hecho impactante, que genera múltiples repercusiones en la sociedad, afortunadamente corresponde a un delito poco frecuente. Sin embargo, es un hecho relativamente mayor entre los pacientes psiquiátricos, siendo para el médico psiquiatra y los trabajadores de la salud mental de suma relevancia el conocimiento de este tema, tanto para el tratamiento de estos pacientes una vez ocurrido el hecho, como para la identificación y posible prevención de dichos actos.

Los programas de salud mental deben realizar esfuerzos para trabajar con la mujer que padece enfermedad mental establecida y aquellas con antecedentes psiquiátricos no tratados, detectar los hijos en riesgo, trabajar con la red de apoyo y realizar seguimiento a los casos de mujeres que piensen en embarazarse y con las que efectivamente, lo hagan.

El diagnóstico inicial a considerar en una mujer que presenta psicosis postparto es el trastorno bipolar.

## **7.- Seguimiento y valoración de la depresión postparto**

### **7.1 Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje**

La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo

y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto. En este punto mantuvo el mismo criterio de tiempo, lo que ha generado cuestionamientos, ya que, para efectos clínicos y de investigación, el período de riesgo puede ampliarse a los tres meses del parto.

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos. Un estudio antropológico publicado a fines de la década 1980-89 sugirió que la DPP era prácticamente inexistente en China, debido a una mayor atención dirigida a la mujer y a las adecuadas redes de apoyo familiar. Estudios posteriores con instrumentos de auto-reporte han arrojado tasas entre 0 y 18% en poblaciones diversas de ese país. Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. Sin embargo, la evaluación de algunos estudios epidemiológicos en DPP no es fácil debido a las variaciones en sus diseños metodológicos (ej. Uso de instrumentos de tamizaje vs detección espontánea de los síntomas), en los tamaños muestrales y en los criterios diagnósticos utilizados.

En Chile, Alvarado y cols. (1992) reportaron una incidencia de 8,8%, y una prevalencia de 20,5%, y Jadresic y cols. (1992) de 9,2% y 10,2%, respectivamente. Jadresic y Araya (1995) observaron una relación inversa entre su prevalencia y el nivel socioeconómico, alcanzando 41,3% en el bajo, 33,5% en el medio, y 27,7% en el alto. Es decir, las mujeres con menores ingresos exhibieron aproximadamente el triple del riesgo. La mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y 25% de ellas por un año, si no reciben tratamiento. El riesgo de recurrencia de DPP también se aproxima a 25%, y aumenta la probabilidad de

depresión no ligada al postparto, especialmente cuando existen antecedentes personales de este tipo.

- **Aspectos clínicos y diagnóstico**

Aproximadamente 60 a 85% de mujeres puede presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del postparto. Generalmente estos son leves y se resuelven pronto, lo que se conoce como “Postpartum blues” o disforia postparto. En contraste, la DPP consta de la sintomatología propia de cualquier episodio depresivo mayor y puede acompañarse de ideas obsesivas respecto del bienestar del recién nacido. Puede presentarse ansiedad, pobre percepción del rol materno, y mayores alteraciones motoras o cognitivas en comparación con las depresiones no ligadas al postparto.

Lo anterior debe ocurrir la mayor parte del tiempo durante dos semanas, afectando el funcionamiento cotidiano y el cuidado del bebé. Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio e infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, DPP severa y psicosis postparto. Sin embargo, Paris y cols. (2009) evaluaron a 32 mujeres con DPP, encontrando que 43% presentaba “moderado a alto riesgo suicida”, asociado significativamente con una baja autoestima en relación a la interrupción de su trabajo, mayor estrés en el rol materno, menor preparación para asumirlo, e inadecuada interacción con su bebé.

Además, la duración de un episodio depresivo postparto afecta de forma proporcional el vínculo materno-filial, generando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, potenciando los efectos de variables asociadas con deprivación mental como el bajo nivel socioeconómico. Los hijos de madres con DPP pueden establecer relaciones de “apego ansioso” con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil.

También se ha observado que la sintomatología depresiva persistente de la mujer en el postnatal interfiere con el bienestar de la familia e, incluso, aumentaría la

probabilidad de depresión en su pareja ante la presencia de otros factores como: baja escolaridad, pobre apoyo psicosocial, y violencia en la relación marital.

Un tema relevante respecto del pronóstico de la DPP es la alta probabilidad de subdiagnóstico, que puede vincularse con: 1) Una mayor atención al bienestar del bebé en este período; 2) para la mujer es difícil asumir y priorizar su condición emocional y 3) el estigma, la vergüenza, y el temor a la crítica. Por lo tanto, es importante que el personal de salud evalúe durante el embarazo la presencia de síntomas psicológicos depresivos, pues algunas gestantes pueden cursar con fatiga, labilidad emocional, alteraciones del sueño o del apetito, lo que “encubriría” el diagnóstico. La pesquisa sistemática de estos síntomas debe continuar durante el postparto, especialmente en mujeres con factores de riesgo o sintomatología antenatal.

- **Factores causales**

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos, del postparto como la psicosis puerperal, que ha mostrado una mayor relación con aspectos biológicos, los factores que han mostrado una mayor asociación con la DPP son de tipo psicosocial. Basados en los resultados de varios meta-análisis publicados desde 1996 al 2004, estos predictores se han clasificado, de acuerdo al tamaño del efecto, en grande a moderado, moderado, y pequeño (según Cohen). El meta-análisis más reciente es el de Robertson y cols, que interesantemente incluyó 70 estudios revisados por los dos anteriores, enfocados en los factores psicosociales vinculados con la DPP, así como estudios más recientes y otros que también reportaron los factores no asociados.

- **Abordaje**

La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo agudo de la DPP ha sido demostrada fuertemente por datos empíricos, recomendándose como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, respecto del uso de psicofármacos en mujeres lactantes. La efectividad de la hormonoterapia no ha sido concluyente. Un meta-análisis señaló que la

administración de estrógenos favoreció a mujeres con DPP severa evaluadas a tres meses del tratamiento, sin embargo, se basaron en una pequeña muestra de estudios lo que dificulta la generalización de estos resultados. El uso de antidepresivos se ha recomendado para la DPP de moderada a severa.

En mujeres que mantienen lactancia materna la decisión debe ser individualizada, sopesando los riesgos y beneficios de su administración y brindando la adecuada información a la paciente. En este sentido, se destaca el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (especialmente sertralina y paroxetina) por mostrar niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y el citalopram que muestran mayor paso a la leche materna.

Con relación a la prevención en DPP, la mayoría de estos estudios se han realizado en las últimas décadas, incluyendo mujeres con y sin factores de riesgo y usando diseños metodológicos diversos. Varias investigaciones destacan diferencias significativas en los casos de DPP o en los síntomas depresivos postparto tras la implementación de psicoterapia grupal interpersonal (PI) y de psicoterapia cognitivo conductual (PCC). Algunos aspectos relevantes del diseño de estos estudios incluyen: 1) Se enfocaron en la prevención indicada o selectiva; 2) la mayoría son ECC y extendieron el seguimiento de 3 a 12 meses y 3) todos estandarizaron sus desenlaces primarios y secundarios.

Respecto del tipo de intervención, cabe destacar las investigaciones de Muñoz y cols., Le y cols. y Tandon y cols. quienes se basaron en el “Programa de Madres y Bebés” en sus diferentes versiones. Este programa fue desarrollado por Muñoz y cols. (1999) y utiliza la PCC grupal de forma protocolizada. Su objetivo es promover el “manejo saludable de la realidad” a través del incremento de pensamientos y actividades positivas que mejoren el estado de ánimo.

- **Discusión y Conclusiones**

Es ampliamente conocido que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos y que el riesgo de desarrollarlos puede aumentar en ciertos momentos de su vida. El postparto representa un período de mayor susceptibilidad

en vista de las fluctuaciones del eje hormonal, las demandas propias del cuidado del recién nacido y la interacción de variables psicosociales. Aunque es claro el desafío fisiológico enfrentado en el postparto, el peso de las variables biológicas como causa de la DPP no ha podido demostrarse de forma consistente, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos perinatales como la psicosis postparto.

Una eventual explicación de esta pérdida de asociación es la gran confluencia de otras variables, como las psicosociales, pero además se han reportado limitaciones en la correlación entre los niveles hormonales centrales y periféricos.

La génesis de la DPP también genera discusiones frente al impacto del “determinismo socio-cultural”, pues es evidente que la forma en que las distintas sociedades asumen la gestación, el nacimiento, la transición de roles y la capacidad de las redes de apoyo de articularse en torno a estos acontecimientos, tendrá relación con el devenir de cada postparto. Lo cierto es que las expectativas asociadas al nivel de perfección con que debe asumirse el rol materno pueden convertirse en un estresor adicional y ser un obstáculo para buscar una atención adecuada. Este punto es especialmente relevante, pues el temor a ser devaluada o criticada puede interferir con la búsqueda de ayuda oportuna en una mujer cursando con síntomas depresivos pre o post-parto.

En este sentido, un abordaje apropiado de la DPP exige un mayor reconocimiento de los aspectos psicológicos en toda gestante durante sus controles prenatales pues, como ya se ha expuesto, la depresión antenatal y el historial depresivo son predictores fuertemente asociados con su ocurrencia.

Un mayor énfasis en la salud mental perinatal y en los factores de riesgo que pueden comprometerla es una de las estrategias más simples de prevención si se implementa de forma sistemática durante el seguimiento. La aplicación de instrumentos de tamizaje como la EDPE es una estrategia útil y sencilla para precisar la sospecha de una DPP y su uso en Chile está bien justificado por lo siguiente: 1) Ha sido validada adecuadamente; 2) el Ministerio de Salud ha recomendado su aplicación durante el embarazo y el postparto y 3) la evidencia ha

arrojado aumento en las tasas de detección de síntomas de DPP en comparación con el reporte espontáneo.

Respecto del abordaje de la DPP, la literatura destaca las intervenciones psicoterapéuticas como primera línea de tratamiento. La administración de antidepresivos en mujeres lactantes debe evaluarse en cada caso, considerando los riesgos y ventajas, destacándose el uso de algunos ISRS por su menor detección en la leche. La presente revisión se ha enfocado en las intervenciones preventivas, teniendo en cuenta que hay mayor consenso y experiencia respecto de su tratamiento que de la prevención. La evaluación de la información recolectada nos permite recomendar la implementación de intervenciones preventivas de corte psicosocial en mujeres de alto riesgo, no sólo por la mejoría de los síntomas depresivos o en la incidencia de DPP, sino porque optimizar la salud mental de la mujer durante su embarazo y postparto beneficiará al bebé en términos de una mejor interacción de la díada, del desarrollo de vínculos de apego seguro y en su bienestar global. Existe adecuada evidencia nacional respecto del tratamiento de la DPP, pero escasa respecto de su prevención. Se requieren estudios nacionales que evalúen la efectividad de estas intervenciones.

## **7.2 Modelos de Mercer y Beck**

Entender la vivencia de la maternidad permitirá detectar las necesidades que la familia tenga, favorecer los procesos de adaptación, intervenir en el desarrollo de la familia como promotora de la salud y promover el vínculo afectivo familiar, tal y como indican las especialidades mencionadas. Además, la aplicación de modelos conceptuales proporcionará un "marco de referencia que busca conocer, describir, explicar, comprender e interpretar" todo aquello relacionado con el cuidado.

Por eso, los estudios de Mercer, autora de la Teoría de la adopción del rol maternal convertirse en madre; y de Beck, autora de la Teoría de la depresión posparto, permiten entender mejor los procesos por los que puede pasar toda mujer que acaba de tener un hijo y el desarrollo de los vínculos afectivos en el primer año de vida del bebé, convirtiéndose en una herramienta eficaz para valorar el binomio

madre-bebé. A continuación, los expondremos y nos adentraremos en ellos, con el objetivo de adquirir conocimientos de ambos modelos.

Ambas teóricas estudian a la madre y a su hijo desde perspectivas diferentes, aportando conceptos que debemos tener presentes para identificar factores que pueden permitir, una maternidad sana y/o un adecuado cuidado del pequeño, aspecto fundamental en la salud futura del niño.

Mercer nos ayuda a entender la adopción del rol maternal, término que evoluciona, al ser continuo e infinito, en "convertirse en madre". La identidad materna se configura a partir de la dualidad madre- hijo y la visión interiorizada de sí misma como madre. La autoestima y la autoconfianza favorecerán esta adopción que se produce a través de diversas etapas: compromiso y preparación; conocimiento, práctica y recuperación física; normalización e integración de la identidad maternal. Etapas que pueden solaparse y modificarse por varios factores, ya sea el crecimiento y desarrollo del niño, apoyo social, estrés, relación entre los padres (y otros familiares) y el funcionamiento de la familia.

Por su parte, Beck resalta la importancia de la comprensión del embarazo, parto y la maternidad a través de cómo lo vive la mujer. Ella intenta comprender la depresión posparto para permitir que los profesionales establezcan estrategias de prevención, programas de detección sistemática y entrenamiento previniendo daños a las mujeres, hijos y familiares.

Mercer estudia una serie de características, conductas y factores de la madre y del niño que influyen en convertirse en madre y en la identidad materna, en cambio, Beck desarrolla una Escala de Valoración de la Depresión Postparto (PDSS) y un listado de factores capaces de predecir las mujeres que pueden padecerla.

Las aportaciones de ambas deben tenerse en cuenta cuando la madre, después de tener un bebé y recibir el alta hospitalaria, acude al servicio de pediatría de los centros de salud, donde un pediatra y una enfermera los atenderán.

La enfermera será el profesional con el que mantendrá una interacción prolongada e intensa; teniendo la oportunidad de valorar la relación establecida entre el hijo y



padres, así como con otros miembros de la familia y/o entorno. Su intervención permitirá detectar los factores antes mencionados e identificar, ante las situaciones que puedan perjudicar la salud física-mental-social de la familia, el diagnóstico de enfermería correspondiente, según las taxonomías de la NANDA encontrando entre ellos: "Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y el lactante", "Ansiedad", "Deterioro Parental", "Baja autoestima situacional" y "Disposición para mejorar el proceso de la maternidad".

A continuación, utilizará un plan de cuidados estandarizados para el desarrollo de los vínculos afectivos entre madres e hijos siguiendo las taxonomías de la NOC y la NIC. El objetivo de este plan es desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan una atención óptima al bebé, una cohesión familiar y una adaptación a la nueva situación. Para ello determinará una serie de actividades que llevará a cabo en cada una de las visitas que proponga a la familia.

- **Discusión**

Los modelos conceptuales permiten organizar y comprender lo que sucede en la práctica, analizar las situaciones de manera crítica y planificar cuidados e intervenciones más adecuadas.

En primer lugar, comparando los factores identificados por ambas teóricas se observan que algunos comparten nombre como autoestima y temperamento del niño. Otros se engloban entre sí: Mercer habla de depresión y Beck despliega en factores los estados emocionales como labilidad emocional, depresión prenatal, confusión mental, trastorno de ánimo posparto, tristeza materna, ansiedad e inseguridad, antecedentes de depresión, etc. Los hay que se complementan como sucede con el conflicto de rol de Mercer y los sentimientos de culpabilidad y vergüenza de Beck. Otros son aportados por Beck como el estrés vital, el apoyo social, la satisfacción marital y la situación marital; pero Mercer, aunque no los incluye como factores propiamente dichos, los incorpora como variables a tener en cuenta en la interacción entre la madre y el hijo. Por último, existen factores que cada autora aporta en su construcción: Mercer añade la sensibilidad de la madre a

señales emitidas por el niño; la apariencia del pequeño, etc. Mientras que Beck incorpora la situación socioeconómica y los trastornos del sueño y alimentación.

En segundo lugar, si analizamos estudios que utilizan los modelos de Beck y Mercer se observa que: Beck pretende elaborar y validar un instrumento que permita identificar una enfermedad, a veces, difícil de diagnosticar como es la depresión postparto. Para ello lo compara con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) específica y muy utilizada para la detección de la depresión postparto y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) orientado más a la población general. El resultado es un PDSS con elementos más concretos, centrado en diferentes componentes del estado de ánimo y con una especificidad y sensibilidad más alta. Esto es valorado e incorporado por profesionales, que ven del PDPI una herramienta de ayuda en el curso prenatal y del PDSS un instrumento a utilizar en la detección de la depresión postparto.

El Modelo de Mercer ha sido utilizado en madres consumidoras de drogas proporcionando la estructura conceptual de las cuatro etapas en la realización del rol de la madre y el entorno ecológico en el que esto ocurre. Sus ítems se han tenido en cuenta en estudios que quieren determinar factores que contribuyen a la competencia derivada de la maternidad, en aquellos relacionados con gestantes adolescentes, así como en los que se producen separaciones tempranas entre madres y sus hijos por diferentes motivos. Es, por lo tanto, modelo a considerar en el desarrollo de los vínculos afectivos.

En tercer lugar, puede observarse un eje vertebrador en las especialidades de enfermería familiar y comunitaria, pediatría, salud mental y obstetricia. Algunos objetivos como: fomentar la autonomía de los padres en el cuidado de sus hijos; prevenir problemas familiares en situaciones de cambios o crisis en el ciclo vital; fortalecer la unión y la red familiar; promover el vínculo afectivo entre los padres y el recién nacido; valorar la adaptación de los padres al núcleo familiar y realizar programas dirigidos al nacimiento, maternidad y crianza; son claros ejemplos de la necesidad de profundizar en las teorías del "vínculo" y "apego" en la práctica de la enfermera especialista.

- **Conclusiones**

A través del recorrido por ambos modelos conceptuales, observamos el papel importante que puede tener la enfermera en la detección de situaciones que pueden afectar al desarrollo del menor y su relación familiar. Las vinculaciones afectivas y las conductas de apego constituyen un proceso complejo, influido por diversos factores en el proceso de "convertirse en madre".

Las enfermeras, como profesionales competentes en aspectos conceptuales y técnicos propios de su disciplina, deben poseer una serie de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para afrontar las situaciones que se van presentando.

Tras el análisis de elementos comunes y diferenciadores de los modelos de Mercer y Beck, y justificada la necesidad de prestar especial atención a la formación y mantenimiento del vínculo materno-filial desde la perspectiva de las diferentes especialidades de enfermería, consideramos que la enfermera se servirá del proceso enfermero para la detección y resolución de problemas que afecten al vínculo afectivo y a las relaciones familiares.

### **7.3 Seguimiento de la depresión al año del parto**

Nuestros datos confirman que la patología psiquiátrica en el puerperio no es en sí misma una patología menor que se reduce de forma espontánea hasta desaparecer al cabo de los meses. Al contrario, los datos de nuestro estudio confirman que un 30% de las mujeres sigue sufriendo sintomatología depresiva intensa al cabo de doce meses. Transcurrido un año, tal y como ya se señalaban las primeras publicaciones sobre la DPP (Pitt, 1968), existe un grupo con patología más grave que sigue presentando síntomas que interfieren claramente en el funcionamiento general y disminuyendo la calidad de vida. Si analizamos este grupo de peor evolución, vemos cómo el análisis de regresión llevado a cabo ha mostrado que las puntuaciones elevadas en hostilidad y la presencia de estresores en el postparto (en los ámbitos familiar, económico, profesional y personal) se asocian con mayores puntuaciones en el EPDS al año de seguimiento. Las variables sociodemográficas,

las otras subescalas del BPAQ (agresión verbal y física e ira) y la ansiedad-rasgo no resultan predictoras de la adaptación del año en el modelo final.

Nuestros hallazgos en lo que respecta a los acontecimientos vitales estresantes como factores de riesgo para la depresión no son novedosos puesto que son conocidos desde hace tiempo. Así lo refieren diversos estudios que indican que los sucesos vitales tienen un papel importante tanto en el desencadenamiento de un episodio depresivo como en la disminución de la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos y el aumento de las recaídas. Los acontecimientos vitales también influyen en la severidad de los síntomas depresivos. Así, el clásico estudio de Brown y Harris evidenció que los mismos sucesos que predicen la aparición de un episodio depresivo también predicen la severidad de los síntomas durante dicho episodio.

En lo concerniente al periodo posnatal, los acontecimientos vitales también han resultado ser buenos predictores para la DPP. El hecho de tener un hijo resulta un acontecimiento estresante que comporta numerosos cambios biológicos, hormonales, relacionales, laborales y sociales que las mujeres deben afrontar para conseguir una buena adaptación a este nuevo estatus. Como cualquier proceso adaptativo requiere cierto tiempo para la incorporación de nuevas estrategias, la habituación a determinados cambios y el aprendizaje de multitud de comportamientos que no habían sido necesarios hasta el momento. Si a la presencia de psicopatología en el postparto le sumamos acontecimientos estresantes de diversa índole, no es de extrañar que todo aquello se traduzca en un mantenimiento de la sintomatología depresiva al año del parto.

Fuera del contexto del postparto, se ha descrito que los índices elevados de neuroticismo complican la evolución de la depresión, con una tendencia a retrasar la remisión y a aumentar la frecuencia de recaídas y recurrencias. Según los datos, la ansiedad-rasgo actúa como factor de riesgo para la DPP, pero no como factor de mantenimiento. Sería sensato pensar que las madres con puntuaciones más elevadas en ansiedad-rasgo, debido a su mayor vulnerabilidad ante situaciones nuevas o que suponen cambios, pudieran tener más problemas en adaptarse y por ende una recuperación más lenta.

La ansiedad-rasgo, a pesar que sí resultó significativa en el puerperio, no se mantiene en el modelo final como predictor de la sintomatología depresiva al año. Fuera del contexto del postparto, se ha descrito que los índices elevados de neuroticismo complican la evolución de la depresión, con una tendencia a retrasar la remisión y a aumentar la frecuencia de recaídas y recurrencias.

#### **7.4 Detección de la Suicidalidad en mujeres con Depresión durante el embarazo y el posparto**

La OMS ha definido el suicidio como “Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

Los trastornos mentales, entre ellos la depresión, es uno de los factores más relevantes asociado a la conducta suicida, para la cual se reconocen los siguientes conceptos:

- Suicidalidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.
- Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Es ampliamente conocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención de la conducta suicida.

A continuación, se presenta la clasificación del riesgo suicida e indicaciones para su hospitalización:

- **Clasificación del riesgo suicida**

Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.

Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

Riesgo Grave: hay una preparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

- **Indicaciones de hospitalización**

- Elevada intención suicida.
- Ideación suicida severa con intentos de suicidio con alta letalidad y/o utilización de método violento (ahorcamiento, arma de fuego, etc.).
- Intento de suicidio ampliado con homicidio de hijos y cónyuge, pacto suicida.
- Uso de más de un método simultáneamente.
- Intentos suicidas repetidos en lapso más bien breve.
- Motivación altruista.
- Ideación suicida post intento, con reafirmación y/o decepción frente a la sobrevivida. Rechazada.
- Imposibilidad de establecer una alianza terapéutica.
- Escasa red de apoyo psicosocial.

## 7.5 Experiencia de la mujer con depresión posparto

Las descripciones más vívidas de los horribles efectos del posparto son las que se escuchan referidas por las propias mujeres. Diversos investigadores han dirigido estudios cualitativos con esta finalidad. Beck dirigió una metasíntesis de 18 estudios cualitativos que se centraban en la depresión posparto para examinar e interpretar, de forma colectiva, sus hallazgos. La metasíntesis proporcionó un enfoque interpretativo organizado para un grupo específico de estudios cualitativos. Identificó cuatro temas principales que reflejaban las experiencias y perspectivas de las mujeres respecto a la depresión posparto: 1) incongruencia entre las expectativas y la realidad de la maternidad; 2) espiral descendente; 3) pérdida generalizada, y 4) ganancias hacia la recuperación.

Las mujeres observaron que la realidad de la maternidad destrozó sus expectativas, sumiéndolas, en ocasiones, en la desesperación con una espiral descendente hacia la depresión posparto. En todos los estudios, y de forma constante, Beck observó conflictos de rol debido a que las mujeres luchaban para alcanzar la perfección. Conforme continúa esta espiral, aumenta la ansiedad, y crea sentimientos arrolladores de pánico, hay una ausencia de sueño y existe la creencia de que se están volviendo locas.

«Es terrible. Es la peor cosa que puedas imaginar. Piensa cómo te sentirías si tu marido o tus hijos hubiesen sido atropellados por un coche y los hubiese matado. Bien, eso podría ser tan malo como lo que sentí durante una crisis de ansiedad».

Los sentimientos son tan poderosamente físicos y obsesivos que las mujeres describen un sentimiento que las envuelve y del que son incapaces de escapar.

«Fue como si cada nervio de mi cuerpo explotase. Como si pequeños fuegos artificiales estuviesen estallando por todo mi cuerpo. Me sentí como si me volviese loca. Notaba mi piel como si literalmente se estuviese arrastrando. Yo deseaba poder desgarrarla y quitármela y ponerme en otro cuerpo. Yo lo intentaba y frotaba mi piel».

Una parte del fenómeno de espiral descendente es la culpa avasalladora. Las mujeres describen que se sentían aterrorizadas por el hecho de que pudiesen lesionar a sus hijos. Todas se daban cuenta de que las cosas iban terriblemente mal, pero eran incapaces de conseguir ayuda.

«Podía ir a la habitación de mi bebé y pensar, pon la manta encima de su cabeza. Él no es nada. Entonces yo empezaba a llorar de forma histérica. Me sentía como la peor persona del mundo, la peor madre del mundo. Me sentía tremendamente culpable y sólo quería herirme a mí misma».

El sentimiento de pérdida y de angustia es enorme y puede durar toda la vida. En su lucha para sobrevivir, las mujeres que solicitan ayuda encuentran diversas respuestas por parte de los profesionales, algunas de ellas positivas y otras no.

A continuación, se presentan diversos ejemplos que sirven para demostrar las experiencias de algunas mujeres con los profesionales sanitarios y su necesidad de que alguien se dé cuenta de lo que está pasando, alguien que una sus recursos y alguien que esté allí (a su lado):

«Estaba gritando tan fuerte como podía en la ducha pensando que alguien iba a recibirme. ¿Quién iba a cuidar a mi bebé? En ese momento, la enfermera de la consulta de mi obstetra me llamó para ver cómo me encontraba. En ese momento no me sentí tan sola».

«Cuando fui a la consulta de mi enfermera-matrona, todo lo que ella hizo fue preguntarme dos cuestiones y, en ese momento, se abrieron las compuertas y se hizo obvio lo que estaba sucediendo».

Las súplicas de las mujeres son claras: necesitan ayuda cuando se manifiesta la depresión posparto. No obstante, se encuentran mejor atendidas si su profesional sanitario toma las medidas para valorar estas súplicas, iniciar las intervenciones y derivaciones adecuadas y, de forma esperanzadora, evitar su espiral descendente hacia la desesperación.



## **7.6 Valoración de las mujeres con depresión posparto**

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 dos instrumentos para ayudar a los profesionales sanitarios. El primero se utiliza para poder pronosticar qué mujeres son vulnerables al desarrollo de la depresión posparto, y puede administrarse durante la atención preconcepcional, el cuidado prenatal y en el posparto. El segundo instrumento es el cribado de la presencia real de la depresión posparto después del nacimiento.

- **Identificación de la vulnerabilidad a la depresión posparto antes del nacimiento**

En primer lugar, Beck realizó un metanálisis de 44 estudios que examinaban los factores predictivos de la depresión posparto, para desarrollar un instrumento que pudiese ayudar a pronosticar la depresión posparto. Primero identificó ocho factores predictivos relacionados de forma significativa con la depresión posparto. Estos factores 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.

Desarrolló el Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) basándose en este metanálisis, una revisión crítica de la bibliografía respecto a los factores predictores y en su propio trabajo cualitativo previo.

Una versión actualizada identificó cuatro predictores más que incluían la baja autoestima, el estado socioeconómico bajo, el estado civil (soltera) y la gestación no planeada/no deseada. Otros factores de riesgo potencial se observan en un estudio reciente de Joseffson y cols., quienes describen un aumento durante la gestación de abandono hacia la enfermedad, así como un incremento de las visitas prenatales, la mayoría de ellas por complicaciones psiquiátricas o médicas, especialmente hiperemesis o contracciones prematuras.

El PDPI se emplea en los periodos preconcepcional, prenatal y/o posparto. Está diseñado para identificar a las mujeres que son vulnerables al desarrollo de depresión posparto; no es un instrumento de diagnóstico, sino que ayuda al profesional sanitario a identificar a las mujeres que se encuentran potencialmente en riesgo de depresión. El PDPI debe emplearse como guía para la entrevista entre la mujer y el profesional sanitario, más que como un instrumento de autoevaluación. Aunque no existe una puntuación de corte, el inventario proporciona una lista de factores que pueden ser apuntados para ser discutidos o tratados cuando se obtiene una respuesta positiva. También se proporciona un folleto educativo a la mujer, que da una visión de la depresión posparto para las mujeres y sus familias e incluye medidas de apoyo para ayudarles a solucionar los síntomas depresivos, así como saber cuándo deben solicitar ayuda.

- **Cribado de la depresión posparto después del nacimiento**

El siguiente paso de Beck, trabajando con un experto en psicometría, fue reunir los resultados de sus estudios cualitativos para desarrollar la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). Este instrumento se diseñó para el cribado de la depresión posparto después de que la mujer ha dado a luz. Ha sido validado satisfactoriamente, es altamente sensible y específico, y determina siete dimensiones de la experiencia actual de la mujer, lo que refleja un diagnóstico potencial de depresión posparto.

La PDSS se ha comparado con el BDI-II y la EPDS. Se ha observado que presenta una mayor sensibilidad y especificidad que el BDI-II y la EPDS. La diferencia se basa en la capacidad de detectar alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas y ansiedad. La PDSS consta de preguntas sobre las alteraciones del sueño dentro del contexto de la nueva maternidad. Por ejemplo, un ítem pregunta, de forma específica, si una mujer puede dormir mientras su bebé está durmiendo. La forma en que está redactado el ítem es discriminatoria para el sueño, que se encuentra más alterado que la atención al bebé. La EPDS no mide la alteración cognitiva como síntoma y el BDI-II no valora la ansiedad, siendo ambos aspectos importantes de la

sintomatología de la depresión posparto y diferentes de la depresión general, la cual no se asocia temporalmente con el nacimiento de un hijo.

## **7.7 Guía para el cribado en la práctica clínica**

Una de las razones por las que con frecuencia la depresión posparto pasa inadvertida es que las mujeres no piensan que pueda sucederles a ellas. La asistencia posparto es muy escasa, en el mejor de los casos, en Estados Unidos; por este motivo, el pozo en el que caen las mujeres podría convertirse en un abismo. Las razones por las que los profesionales sanitarios no realizan el cribado no han sido sometidas a investigación, pero un factor que las explique podría ser el sentimiento de insuficiencia al tratar la depresión.

Tanto las matronas como los profesionales del ámbito de salud de la mujer se encuentran en una posición óptima para convertirse en los profesionales que detecten los casos potenciales y reales de depresión posparto. El conocimiento de los trastornos depresivos es una habilidad clínica esencial.

El primer punto donde empezar es durante la atención prenatal y, si es posible, durante la asistencia en el periodo preconcepcional. La valoración inicial debe incluir una historia completa sobre la vulnerabilidad a la depresión posparto. Además de utilizar el PDPI como guía para la entrevista, Sichel y Driscoll destacaron diversas áreas que debían ser valoradas. Éstas incluían la historia familiar de trastornos de estado de ánimo/enfermedad mental. El hecho de preguntar a las mujeres sobre una historia de depresión o enfermedad psiquiátrica debe ser más un sondeo que únicamente una pregunta sencilla.

Numerosas personas son reticentes a admitir cualquier experiencia de enfermedad o alteración mental. Por este motivo, pueden interpretar una pregunta del tipo «¿ha experimentado alguna vez una depresión o enfermedad mental?» como un aspecto que necesitase una intervención importante, como fármacos o ingreso hospitalario, antes de que puedan contestar afirmativamente. En realidad, muchas personas han experimentado depresión en alguna medida, aunque obtener este dato en la historia requiere habilidad y práctica.

Sichel y Driscoll utilizan una analogía del terremoto para describir la depresión a sus pacientes. La bioquímica, los rasgos genéticos, los factores hormonales y reproductivos y los sucesos vitales confluyen conjuntamente para proporcionar una estructura para determinar la vulnerabilidad. Cuando estos factores se encuentran desalineados, aparece una grieta o «fallo».

Una nueva situación de estrés, como el nacimiento de un hijo, puede crear «temblores» desde la grieta o, de forma potencial, un terremoto completo, la depresión posparto. El conocimiento de «temblores vitales» previos en la historia de una mujer es esencial para valorar su riesgo de desarrollar una futura depresión posparto catastrófica. Sichel y Driscoll se centraron también en el componente biológico y neurológico de la enfermedad. Cualquier mujer que ha mostrado una alteración previa en el eje hipotalámico-hipofisario debe ser considerada en riesgo para la depresión posparto.

El PDPI es más útil durante el curso prenatal y la PDSS después del nacimiento. Sin embargo, éstos son únicamente instrumentos de cribado; una vez el cribado es positivo, debe establecerse un diagnóstico específico y exacto. Si en la valoración que se realiza durante el periodo prenatal la mujer se encuentra en riesgo de desarrollar depresión posparto, ésta debe derivarse para una evaluación más exhaustiva y para su potencial tratamiento. La matrona o el profesional sanitario encargados de la mujer deben desarrollar una relación laboral con el médico de salud mental para establecer en colaboración un plan de asistencia a lo largo de la gestación y en el posparto.

## **7.8 Cribado inicial de las mujeres en el posparto**

Cuando se valora que una mujer es vulnerable a la depresión posparto, deben tomarse diversas decisiones: 1) la gravedad del estado de la mujer, y 2) ¿cuál es el plan de acción más adecuado? Un cuadro frecuente es la mujer exhausta que está luchando con la tristeza posparto y no ha dormido durante las primeras tres noches después del parto.

Lee y cols. destacan que la excesiva fatiga y la privación de sueño, que pueden mimetizar los síntomas depresivos, aumentan su susceptibilidad para la depresión posparto. La mujer que no duerme sólo conseguirá empeorar; con un sueño restaurador, la mujer tendrá el potencial para recuperarse y quizás evitar la espiral descendente. El punto decisivo en esta situación es la valoración de su vulnerabilidad.

Debe documentarse su historia previa de depresión en la historia clínica; si no es así, debe ser reevaluada. Deben plantearse, de forma mínima, preguntas respecto a su patrón de sueño: 1) problemas para conciliar el sueño, incluso en situaciones de fatiga extrema o cuando otras personas cuidan de su bebé; 2) excesiva somnolencia diurna, y 3) regularidad y duración del sueño. Numerosas mujeres se describirán a sí mismas como tan «tensas» que no pueden dormir de ninguna forma.

Si se realiza una valoración para tratar a la mujer mediante la alteración del ciclo de privación del sueño, entonces existen diversas opciones disponibles. Las medidas de apoyo son útiles si la privación del sueño duró únicamente 3 días; si dura más tiempo, es más adecuado iniciar un tratamiento médico. Un baño caliente 1 h antes de acostarse aumenta la temperatura central del cuerpo, que puede estimular una respuesta de somnolencia. Otras maniobras que pueden intentarse son técnicas de masaje, relajación y meditación y ayuda con el cuidado y alimentación del bebé. El empleo de alcohol debe desaconsejarse debido a que es un depresor y puede provocar realmente una desregulación de los patrones del sueño. También es adictivo y puede llegar a ser una muleta ineficaz y peligrosa para una mujer que lucha contra la depresión.

Algunos profesionales sanitarios han utilizado la difenhidramina en dosis de 25-50 mg como medicación sin receta para que las pacientes puedan dormir durante los primeros días del posparto. Esta medicación se secreta en la leche materna y, aunque no se han descrito sus concentraciones en leche materna, el fabricante no recomienda su uso durante la lactancia<sup>50</sup>. Ito y cols. observaron que un porcentaje reducido de niños mostraban síntomas de irritabilidad con la medicación antihistamínica, aunque ninguno de ellos precisó tratamiento médico. Como en

todas las medicaciones, deben valorarse y exponerse cuidadosamente los riesgos y los beneficios con la madre, y el profesional sanitario de pediatría debe estar implicado si la madre opta por la lactancia materna.

Una vez la privación del sueño ha superado los 3 días, la mujer se encontrará ante la necesidad de una intervención farmacológica meditada, aunque resolutiva. Clonazepam, como benzodiazepina ansiolítico es una buena elección para esta situación. La dosis habitual es de 0,25-0,50 mg al acostarse. El objetivo es mantener la dosis por debajo de 1 mg si la mujer está dando el pecho al niño. En el momento de acostarse también puede considerarse el lorazepam, un fármaco de corta acción, en dosis de 0,25-0,5 mg. Los efectos secundarios frecuentes en ambos fármacos incluyen somnolencia, ataxia y confusión. Cuando se utiliza la medicación durante un periodo muy breve, como en este caso, es prudente usar agentes de corta acción. Si la medicación se encuentra activa en el organismo materno, pueden considerarse las fórmulas de lactancia artificial para la alimentación del bebé; sin embargo, las recomendaciones varían ampliamente, reflejando el estado incompleto de la ciencia de medicar a las mujeres mientras éstas amamantan a sus bebés.

Una vez que la mujer ha conseguido dormir durante cuatro o cinco noches, existe una mejoría significativa; si no es así, debe derivarse para una asistencia especializada. El contacto diario por vía telefónica es esencial para evaluar su progreso, y la mujer y su familia precisan un acceso rápido a su profesional sanitario en el caso de que la situación empeore de forma repentina.

## **7.9 Beneficios del contacto piel con piel y la lactancia materna**

Previamente se han visto numerosos factores que pueden suponer un riesgo para desarrollar episodios depresivos. Sin embargo, el contacto piel con piel y la lactancia materna se encargan de lo contrario. Es decir, pueden llegar a prevenir estas enfermedades según se explica a continuación.

- **Contacto piel con piel**

El contacto piel con piel consiste en colocar al niño inmediatamente tras el expulsivo sobre el pecho de la madre en decúbito prono. Se le coloca desnudo y seco cubriendo su espalda con una toalla caliente para mantener el calor, estando el pecho de la madre también desnudo. Además, realizar esta práctica tan sencilla va a reportar beneficios para ambos.

En primer lugar, los bebés que realizan el contacto piel con piel presentan las siguientes ventajas respecto a los que no lo pueden poner en práctica. Tiene efectos beneficiosos en los mecanismos de auto adaptación, mejoran los niveles de oxigenación de la sangre, mantienen mejor las cifras de temperatura corporal para no perder calor, presentan sueños más reparadores y prolongados y comienzan de manera precoz la lactancia materna.

Otros estudios han observado que además lloran menos, la regulación y adaptación a la nueva vida de los sistemas cardiovascular y gastrointestinal presenta menos problemática, pueden llegar a sentir menos dolor durante los exámenes y pruebas médicas que se les realiza y además esta lactancia que se inicia de manera temprana, se mantiene durante más tiempo. Incluso a largo plazo podrían llegar a presentar beneficios en el desarrollo infantil. En cuanto a los beneficios de la madre, reduce los niveles de ansiedad y depresión en el puerperio.

Se realizó un ensayo clínico con madres peruanas y sus recién nacidos, evaluándolas mediante la Escala de Hamilton y la Escala Hospitalaria para la Ansiedad y Depresión (HAD). Los resultados mostraron que, a las 48 horas de vida del bebé, las madres que habían realizado el contacto piel con piel inmediato, presentaban unos niveles de ansiedad y depresión menores que las del grupo control.

Otro estudio realizado en Perú, que corrobora estos resultados, mostró como el 33,7% de las madres que no realizó piel con piel tuvo una puntuación en la EPDS mayor que diez, a diferencia de las que sí, que fueron un 18,7%.

Además, las mujeres presentan unos sentimientos de auto eficacia más positivos. Es decir, tienen mayor confianza y seguridad respecto a sus habilidades para la crianza y cuidado de su hijo. Supone disminución de los tiempos del alumbramiento, refuerza el vínculo materno-filial y es un factor que estimula la lactancia aumentando la producción de leche y su duración. Se trata un momento de relajación y tranquilidad tanto para la madre como para el bebé y mejora la interacción entre ambos.

Es una práctica muy sencilla, no invasiva y por los resultados que se han visto muy útil por el impacto beneficioso tanto físico como mental que proporciona a las dos partes. Tampoco conlleva mucho trabajo ni costes para la sanidad, sino que podría reducirlos. En los casos de riesgo de desarrollo de episodios de ansiedad o depresivos en el postparto, podría ser una estrategia de intervención para disminuir el riesgo.

- **Lactancia materna**

La lactancia, por tanto, a su vez está íntimamente ligada con el contacto piel con piel. También mejora los sentimientos de confianza y autoestima materna, favoreciendo la relación que se establece entre la madre y el bebé y a su vez fortaleciendo el vínculo y el apego entre ambos. Todo esto influye en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

Además, estudios realizados en diferentes países mostraban como en los casos en los que la lactancia se abandonaba de manera precoz o ni siquiera se iniciaba, las tasas de sintomatología ansiosa-depresiva eran mayores.

- **Discusión**

El nacimiento de un hijo(a) marca un cambio en la vida de la mujer, siendo descrita como una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba sus competencias personales.

Durante el embarazo y puerperio ocurren una serie de cambios que generan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer, siendo



La DPP la de mayor prevalencia. La depresión afecta profundamente la auto percepción y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, asociada a la maternidad es particularmente importante sobre todo durante el primer año de crianza de los niños(as) debido a que sus consecuencias muchas veces pueden extenderse a toda la vida.

La DPP puede ocasionar el deterioro de la interacción madre-hijo(a), que se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y en el deterioro del desarrollo psicomotor del niño(a).

Además, se ha asociado a una mayor posibilidad de desarrollar problemas conductuales a largo plazo y a ser víctimas de violencia intrafamiliar, a que asistan a un menor número de controles de salud, reciban menor número de inmunizaciones y presenten alteraciones en rutinas de cuidados básicos como, por ejemplo, de sueño, higiene y alimentación. Asimismo, se ha descrito en las madres menor percepción de autoeficacia para mantener una lactancia materna exitosa manifestada por un aumento de las preocupaciones en torno a la misma, mayores dificultades y menor satisfacción al amamantar y muchas veces el cese precoz de ésta.

La incidencia de síntomas depresivos (SD) encontrada coincide con los resultados de estudios nacionales que dan cuenta de una prevalencia de DPP que fluctúa entre 27,7% y 41,3%, sin embargo, debe considerarse que los resultados obtenidos en este estudio corresponden a mujeres de bajo riesgo obstétrico y sin factores de riesgo aparentes para el desarrollo de un cuadro depresivo postparto, situación que cobra relevancia ya que este grupo, por su condición, habitualmente no es objeto de acciones específicas.

La sintomatología depresiva del puerperio en general, se ha asociado fuertemente con los antecedentes de cuadros ansiosos y depresivos previos, con la morbilidad obstétrica y perinatal y con variables como el tipo de parto, la paridad, el nivel educacional y el estado civil entre otras.

Por otra parte, la literatura reporta que el contacto piel con piel es una intervención mínimamente invasiva, segura para la madre y su hijo(a) si se cautelan las condiciones necesarias, que requiere de bajos costos de implementación y que puede tener un alto impacto en el desarrollo físico y psicosocial posterior del niño(a). Además, sus beneficios pueden significar la disminución de los costos en salud tanto en lo referente al niño(a) como aquellos derivados del tratamiento del cuadro depresivo materno.

El contacto piel con piel, que considere el contacto entre la madre y el hijo(a) por al menos una hora y el inicio precoz del amamantamiento, puede constituirse como una estrategia de intervención temprana sobre factores de riesgo modificables, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las madres y sus hijos(as) y la salud de las familias.

## **8. Cuidados e intervenciones de enfermería en la depresión postparto**

### **8.1 Cuidados de Enfermería**

El personal de Enfermería debe observar y valorar los factores de riesgo y la aparición de síntomas y signos de depresión y complicaciones psiquiátricas. Observar el estado de ánimo, interacción con la pareja y la familia y con los visitantes.

- **Acciones de Enfermería dependientes**

Para las mujeres que sufren depresiones afectivas graves o depresión psicótica, suelen recomendar tranquilizantes o antidepresivos y, en estos casos, se debe referir a la madre a tratamiento psiquiátrico. La hospitalización puede ser necesaria, lo más pronto posible, cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo y contempla el suicidio o un grave riesgo para el bienestar del niño. Se requiere psicoterapia de apoyo.

- **Acciones de Enfermería independientes**

El personal de Enfermería puede tomar medidas preventivas para evitar o minimizar los trastornos depresivos, cuando se evidencia desde el inicio que la madre puede sufrir una depresión puerperal.

Los problemas psiquiátricos puerperales aparecen cuando la mujer está de alta y, en este caso, la valoración y los cuidados dependen de los servicios de la atención primaria y domiciliaria.

Por lo anterior, los cuidados de Enfermería tienen un sentido profiláctico y de prevención, estos deben:

1. Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
2. Seguimiento domiciliario en el puerperio.
3. Informar a la madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
4. Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
5. Informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal.

Los cuidados de Enfermería para las mujeres que sufren una depresión puerperal consisten fundamentalmente en:

1. Brindar apoyo emocional.
2. Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
3. Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre dormir adecuadamente.
4. Enseñar técnicas de relajación.
5. Las madres que sufren complicaciones psiquiátricas más intensas requieren del médico de la familia y de especialistas para asesoría en salud mental y terapia con antidepresivos y tranquilizantes.
6. Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.

- **Evaluación**

En el caso de la depresión puerperal la atención de Enfermería es eficaz cuando la mujer:

1. Expresa sus sentimientos.
2. Identifica patrones para seguir adelante.
3. Acepta ayuda de otros.
4. Toma decisiones propias.
5. Lleva a cabo cambios deseados.
6. Asume las responsabilidades.
7. Proporciona atención al recién nacido y a la familia con ánimo positivo.

Para la mujer que sufre una complicación psiquiátrica el pronóstico es a largo plazo y la atención efectiva de Enfermería orienta a la mujer a recibir el tratamiento adecuado que ayuda a que se recupere y asuma conductas de adaptación para salir adelante y reducir su aislamiento social.

## **8.2 Tratamiento de la depresión postparto y los cuidados de enfermería**

Existen tres áreas principales en el tratamiento de la depresión posparto que deben revisarse: psicofarmacología, psicoterapia y cuidado psicosocial.

- **Psicofarmacología**

Debido a que la mayoría de trastornos depresivos presentan un componente bioquímico, el primer tratamiento es, habitualmente, la psicofarmacología.

Un factor que debe considerarse es si la mujer está amamantando a su bebé. Antes que recurrir al destete, es preferible, si lo desea, ayudarla a continuar la lactancia materna, incluso aunque haya cierto riesgo de que el bebé esté expuesto a la medicación por medio de la lactancia. Desafortunadamente, todos los fármacos psicotropos se secretan en la leche materna. Los sistemas neurológicos y los índices de masa corporal de los bebés potencian la captación de estos fármacos, por lo que siempre es preferible actuar con cautela. Sin embargo, los beneficios de

la lactancia materna son también muy importantes, por lo que deben sopesarse cuidadosamente los riesgos y los beneficios.

- **Psicoterapia**

Una dimensión concurrente del tratamiento es la psicoterapia, preferiblemente con médicos de salud mental con formación en la asistencia de mujeres con depresión posparto. Existen múltiples enfoques, aunque debe buscarse el objetivo de apoyar a la mujer a lo largo de la crisis de la depresión y ayudarla a tratar cualquier aspecto subyacente que pudiese afectar a su completa recuperación. Un factor significativo para las mujeres con depresión posparto es el sentimiento de pérdida y de aflicción. Las mujeres tienen un sentimiento de robo de lo que se supone que debe ser un tiempo de alegría en sus vidas; en algunas ocasiones, apenas pueden recordar la infancia de sus hijos. Las mujeres exponen sus vivencias de pérdida de sus relaciones, su capacidad materna y su propia identidad.

- **Asistencia psicosocial**

La tercera dimensión de la asistencia es la atención de los factores psicosociales de la vida de la mujer. Una mujer con depresión posparto necesita un apoyo multidimensional para ayudarla a sentirse bien. Es en esta dimensión en la que la enfermera, matrona o el profesional sanitario de asistencia primaria pueden ser, con frecuencia, de gran ayuda. El establecimiento de una relación y entendimiento durante el periodo prenatal puede proporcionar una continuidad y conexión en el posparto. Este conocimiento puede ayudar a identificar los recursos que cubrirán las necesidades de la mujer y de su familia.

La psicoterapia la ayuda a ganar perspectivas frente a la enfermedad, a aprender a solucionarla y a desarrollarse a pesar de ella. Trabajar con la mujer para que conecte con su espiritualidad puede ayudarla a extraer sus propias fuerzas. El ejercicio regular aumentará las endorfinas potenciadoras del humor en el cuerpo y elevará las células T, que son parte de la función inmunitaria del cerebro. Todos estos aspectos combinados son de ayuda para la recuperación de la mujer.

### **8.3 Intervenciones de enfermería en este tipo de pacientes**

Las actividades de enfermería que se realizan en este tipo de pacientes son:

Realizar diariamente un examen físico céfalo-caudal o por patrones funcionales de salud, que me permitan conocer el estado en el que se encuentra la paciente, así como dichas alteraciones que presente en ese momento, para poder elaborar actividades que vayan encaminadas a la prevención de la psicosis o rehabilitación de la salud de la mujer en estado puerperal.

Indicar a la madre que debe acoplarse a un nuevo proceso de adaptación en ella misma, realizando cambios que puedan producirse de forma fructífera.

Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.

Brindar apoyo emocional.

Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.

Cumplir adecuadamente con el tratamiento farmacológico prescrito por el médico tratante, administrando los medicamentos con dosis y hora correcta y preguntarle a la paciente o la familia si está dando de lactar y consultar con el médico tratante si puede continuar amamantando al bebe o tiene que suspender la lactancia materna y sustituirla con leche de formula.

Llevar a la paciente a las terapias psicológicas cada vez que el medico lo indique, si la madre no es capaz de realizar las actividades de autocuidado sola como: alimentarse, bañarse o vestirse, se ayudará a la paciente o se indicará a la familia que es necesario que le apoyen con el cuidado tanto para ella como para el bebé.

La familia o la pareja debe hacerse responsable del cuidado del bebé, porque por las condiciones en que se encuentra la paciente no va a ser posible que ella pueda brindar un cuidado optimo, porque muchas veces por la crisis que están atravesando las madres, presentan pensamientos suicidas y pueden provocarse un daño a sí mismas como al recién nacido.

Enseñar y realizar técnicas de relajación, incluir musicoterapia, y aromaterapia para promover la relajación de la mente, si la paciente continua con la pérdida del conocimiento, es importante recordarle las vivencias pasadas, con el objetivo de hacer trabajar un poco más la memoria y así el nivel de conciencia se valla restableciendo poco a poco.

Una vez que la madre haya recuperado el nivel de conciencia optimo y se encuentre en mejores condiciones se empezará el apego madre-hijo, para lograr que ellos vuelvan a estar juntos en un ambiente saludable y seguro y puedan compartir momentos que incluso ayuden a la recuperación de la madre.

- **Intervenciones de enfermería basadas en el NIC**

Intervención: Entrenamiento de la memoria y apoyo emocional

Actividades:

- Recordar experiencias pasadas en el paciente.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, indicando al paciente que practique información y fechas personales.
- Facilitar el uso de la memoria con el reconocimiento de imágenes.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Involucrar al paciente en actividades de la vida diaria: ayudándole en lo referente a alimentación, aseo, vestimenta, tratamiento de medicamentos, etc.
- Disponer siestas adecuadas para favorecer el descanso.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Intervención: Aumentar Los Sistemas De Apoyo

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno y que de seguridad

- Sentarse y hablar con el paciente
- Administrar masajes en cuello y espalda para promover la relajación.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales
- Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas
- Proporcionar alimentos que sean de su agrado y que llamen la atención
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la paciente

#### **8.4 Planificación de visitas y actividades de enfermería**

Se realizará una programación y cronograma con las visitas necesarias para tratar los cuidados que precise la paciente. En este caso, se planificarán 4 visitas durante un mes, de modo que se cite a la madre una vez cada semana. Serán sesiones de una hora de duración. No obstante, en cada sesión, se estudiará si el tiempo se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, y se ajustará el tiempo y frecuencia de estas citas.

La primera sesión se centrará en conocer a nuestra paciente, y en valorar sus necesidades personales. Se tendrán en cuenta su entorno y familia (situación y circunstancias personales). En la segunda reunión, se dará importancia a los estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, etc.), atenderemos las necesidades también de la familia y empezaremos a tratar el afrontamiento a problemas de nuestra paciente. La tercera semana, se profundizará en la parte psicológica de la depresión postparto: lazos afectivos, roles de los padres y educación sanitaria. La cuarta sesión será para fijar conceptos, evaluar los cuidados y valorar si dar el alta o derivar a especialistas.

A continuación, se detallan los datos relevantes de cada visita, puntos a tratar y NIC que realizar:



- **Primera visita**

Valorar a la madre, cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Este es el momento de valorar a la paciente en busca de posibles complicaciones mayores, como una enfermedad de base (patologías anteriores a la depresión postparto). Se deben localizar los riesgos reales y potenciales desde esta primera visita. También se preguntará a la madre qué espera de estas sesiones, lo que nos acercará más a sus necesidades y requerimientos personales.

Se potenciará la escucha activa, permitiendo a la paciente expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así, se entenderá mejor su situación individual y se irán enfocando los cuidados hacia donde diagnostiquemos necesidades más prioritarias. Se valorará el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza. Sobre todo, nos presentaremos como la ayuda que necesita para mejorar su estado de salud: daremos esperanza a través de nuestras palabras y lenguaje no verbal.

Otras actividades también de la primera visita: Revisión del ambiente y roles en el hogar, estado familiar, preguntar antecedentes de interés o episodios previos de depresión (en ella o en la familia), valorar necesidades de la propia familia, así como nivel de colaboración, posibilidades y posición que toman ante la madre y su recién nacido.

Es importante valorar al bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signo de abandono. En principio, la familia se habrá podido hacer cargo del recién nacido y estarán prestando los cuidados de manera adecuada, supliendo a su madre. En caso contrario, lo derivaremos automáticamente a un especialista para que lo examine a fondo y estudiaremos si necesita asistencia de los servicios sociales. Nos centraremos en la depresión postparto de la madre.

Se dará también esperanza apoyándonos en soportes sociales que se le mostrarán a la madre y familiares. Haremos una básica educación para la salud en esta primera sesión, centrándonos en el apoyo que debe recibir de su entorno más próximo: núcleo familiar.

Más adelante, se recurrirá a terapias comunitarias más amplias. La sesión finalizará dando un espacio a la paciente para dudas y percepción de la primera sesión, a modo de una pequeña evaluación verbal, no formal. Nos despediremos dando ánimos y esperanza una vez más, potenciando su autoestima, transmitiendo tranquilidad y positividad.

- **Segunda visita**

Evaluar actividades del día anterior: evaluar posibles mejoras de los patrones alterados, reacciones de la paciente y de la familia, nivel de entendimiento, compromiso del resto de la paciente y familia. Valorar el estado del soporte social que recibe nuestra paciente.

Realizar todas las medidas básicas del día anterior, ya descritas, como cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Se volverán a revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones.

Igualmente, se dejará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se identificará entonces su nivel de ansiedad y afrontamiento. Se mantendrá un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Valorar cómo afronta la familia esta situación. Ofrecer resolver sus dudas y servirles de ayuda. Guiarles y enseñarles los cuidados necesarios para la madre. Mostrar otros soportes donde encontrar ayuda si están interesados. Tratar con la familia el tema de la situación en casa, y fomentar oportunidades de convivencia para expresar sus sentimientos con un clima agradable, abierto y de apoyo.

En esta sesión se empezarán a trabajar otros NIC centrados en el estado físico de la madre, como conducta de fomento de salud, manejo de energía, fomento del ejercicio, conservación de energía, y enseñanza de la dieta prescrita. Nos introducirán hacia estilos de vida más saludables y a encontrar más fácilmente la positividad a través del ejercicio y la actividad física. Se propondrán rutinas básicas, aumentando así también la responsabilidad y compromiso de la paciente.

Se profundizará también en el afrontamiento inefectivo de la madre a través de NIC como aumentar el afrontamiento y disminuir su ansiedad. Para ello, se permitirá a

la paciente expresarse en diferentes temas guiados sobre ella misma y su situación: puntos fuertes y débiles, nuevos desafíos, posibilidades, puntos de apoyo, virtud y estableceremos objetivos realistas para la madre.

Se escucharán todas sus dudas y nivel de satisfacción de la sesión, y en general de su progreso con nosotros. Nos despediremos dando ánimos y esperanza de manera positiva y cordial.

- **Tercera visita**

Evaluar actividades del día anterior. Realizar todas las medidas básicas ya descritas el primer día de visita. Se volverán a vigilar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones. Se dará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se evaluará de nuevo su nivel de ansiedad y afrontamiento. Mantendremos un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Esta tercera sesión es la más importante: después de haber dedicado la primera a conocer el caso particular de la madre, y la segunda sesión a potenciar unos estilos de vida saludables tanto físicos (ejercicio, dieta, etc.) como psicológicos (afrontamiento de problemas, fomentar la autorresponsabilidad, etc.), y contando ya con la familia como elemento básico de apoyo, llegamos a la tercera reunión dispuestos a ahondar en el problema de la depresión postparto. Se trabajarán como objetivos los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de los padres (especialmente de la madre, claro).

Como en cada sesión, se brindará la oportunidad de compartir con la madre las dudas que le puedan haber surgido en esta sesión o a lo largo de la semana. Escucharemos el nivel de satisfacción de la sesión y se hará hincapié en la importancia de los conocimientos adquiridos ese día. Se debe seguir motivando cada semana para aumentar su compromiso, interés y agrado en estas sesiones.

- **Cuarta visita**

Evaluación global del Proceso de Atención de Enfermería. Para ello, se dejará a la paciente total libertad para que exprese su nivel de satisfacción con el contenido,

el/la ponente, entorno, períodos de tiempo, etc. Si se observa poca fluidez de la evaluación, se podrá hacerlo más guiado o incluso tipo formulario (respuestas de SI/NO o valorar con una escala numerada). Se insistirá a que manifieste aspectos a mejorar del trabajo que hayan realizado los profesionales que han llevado las sesiones, para poder evitar errores y potenciar mejoras con otras pacientes.

Se valorarán los cuidados prestados, y su progreso desde la primera sesión. Se utilizarán los indicadores para saber el nivel de cumplimiento de los objetivos o NOC seleccionados.

Se terminará fijando conceptos (educación sanitaria que hayamos visto, nada nuevo) y comprobando con un feedback si los ha entendido y/o realizado. Servirá de repaso y nos ayudará a transmitir la importancia de continuar el cumplimiento en un futuro, aunque ya no venga a más sesiones, es decir, seguir con los cuidados ella misma.

Es importante que queden expuestos otros recursos alternativos a los que recurrir, como búsqueda de apoyo social, comunitario, familiar, una vez hayan finalizado los cuidados con nosotros. Es decir, abrir siempre una puerta al cerrar otra.

En esta cuarta y última sesión se tendrá que valorar si dar el alta a la madre o derivar a un especialista que le siga ayudando a solventar las necesidades que denote.

## **8.5 Ejecución del plan de cuidados**

Esta etapa consiste en la realización de las intervenciones de enfermería que se han ideado durante la planificación anteriormente descrita, y tiene las siguientes fases:

- Preparación para la acción.
- Realización de las actividades.
- Registro de los cuidados realizados.

Las intervenciones propuestas para este proceso enfermero deben aplicarse durante el mes que está citada la paciente, durante nuestras sesiones, aunque se puedan seguir aplicando tras el alta y siempre y cuando la madre lo necesite.

Ejemplos de estos objetivos a trabajar durante las sesiones y posteriormente son soporte social o lazos afectivos madre-hijo. De esta manera hacemos también educación sanitaria continuada y prolongada en el tiempo, y se está dando solución (o incluso evitando) a futuros problemas que surjan.

- **Preparación para la acción**

Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica de la patología de la paciente y haber estudiado acerca de su problema de salud, se ha procedido a elaborar una valoración por patrones de Marjory Gordon para detectar las alteraciones a las que se enfrenta la madre con depresión postparto, su bebé y la familia; y que se deben frenar o atenuar progresivamente hasta solventarlos de manera definitiva. Una vez detectadas estas alteraciones, se han emitido unos diagnósticos enfermeros NANDA para dar una respuesta eficaz, personalizada y adaptada a nuestra paciente en particular. Con los diagnósticos es sencillo detallar unos objetivos o NOC para su cuidado, que mediremos con indicadores específicos para cada resultado. Estos NOC los realizaremos a través de intervenciones o NIC. El último paso consiste en valorar y escoger actividades que lleven a lograr las intervenciones seleccionadas.

Tras esta planificación de las necesidades hasta llegar a las actividades para solucionarlos, para la preparación de las actividades de este proceso enfermero sólo queda establecer el material, recursos y fechas que dispondremos.

En este caso, este proceso enfermero se llevará a cabo en un Centro de Atención Primaria, en la consulta de enfermería, sirviéndonos de nosotros mismos (personal de enfermería) como recursos humanos, de los propios recursos del Centro de Salud (como material de oficina, inmobiliario, etc.), y de la paciente, además de su bebé y su familia en determinados momentos. Se pedirán igualmente ayudas a Ayuntamientos, Asociaciones (como la Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión o ANAED), etc. en busca de subvenciones, patrocinadores y publicidad.

Estas actividades escogidas a través de las intervenciones seleccionadas, se logran con la observación, comprensión y empatía, desde un ambiente cálido, cercano y

de confianza. Debe ser imprescindible tenerlo en todo momento en cuenta. Se propondrá este tipo de formación a distintos profesionales si fuera preciso.

La captación se hará aprovechando las visitas de las futuras madres a los cursos de preparación al parto, o en las consultas de obstetricia. Dependiendo de los permisos que recibamos de la Dirección del propio centro, será más o menos intensa la propaganda: carteles, trípticos, cartas por correo postal, etc.

Se pretende conseguir un diagnóstico precoz de madres con alto riesgo de depresión postparto, y prestar los mejores cuidados a mujeres afectadas ya por esta patología psiquiátrica. Además, con esta propaganda de las sesiones se hará publicidad de la depresión postparto y educación sanitaria a la población general.

Los resultados deben evaluarse día a día, sesión tras sesión. Es importante conocer las expectativas de la paciente y familia, para adaptarse y observar si la sesión se ha ajustado a sus necesidades personales. Además, así se pueden rectificar errores (conductas, actividades, etc.) que, por las características o situación de la madre, no se han de llevar a cabo de la manera planeada. Por lo tanto, escucharemos atentamente a la paciente, antes y después de cada sesión. La evaluación general será la última y cuarta sesión, donde se permitirá una conversación abierta o guiada, según la paciente. Será necesario en este último caso, un guion o cuestionario preparado con antelación según las características de los cuidados prestados.

- **Realización de actividades**

Las sesiones serán el momento de poner en práctica los cuidados, aunque muchos de ellos, deberá trabajarlos la madre tras la cita: en casa, con su hijo y con su familia. Se observará en la paciente el estado general, el autocuidado e higiene, y toma de constantes. Se buscará cualquier alteración que pueda complicar el proceso de enfermedad de la puérpera.

En el caso de la depresión postparto, al ser un proceso psicológico, se prestará toda la atención durante la entrevista y realización de los cuidados, a: temas de conversación, tono, lenguaje, postura, mirada, gestos, estado anímico, preocupaciones, miedos, etc.

Será lo que nos debe ir guiando para llevar a cabo unos cuidados personalizados y adaptados a sus necesidades, valorando la gravedad de su depresión. Se debe mantener un ambiente óptimo para que la paciente se abra, confíe en el profesional que la trata, y colabore en su propia recuperación. La escucha activa, apoyo emocional, empatía y positividad son valores que no deben faltar nunca en la consulta.

Como ya se ha explicado en los detalles de cada visita, se comienza, en la sesión primera, conociendo y escuchando la presentación del caso particular de la madre y familia, para así adaptar las siguientes reuniones en función de estos resultados. La segunda sesión se seguirá con objetivos que tengan que ver con potenciar unos estilos de vida saludables, con la familia como apoyo. Se trabajará en la tercera reunión trabajando los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de la madre. Se deben proporcionar oportunidades de convivencia para asumir estos nuevos papeles, mantener relaciones positivas y proporcionar la información que necesiten sobre su hijo, con el fin de dominar la situación. Éste es el objetivo de todo el curso. En la cuarta sesión se fijarán conceptos y evaluaremos los cuidados de manera general, dando el alta o derivando a un especialista.

- **Registros de los cuidados realizados**

Al terminar cada sesión, se dejará por escrito la evaluación verbal no formal que la paciente haya expuesto, y la propia valoración del profesional de la jornada: grado de éxito subjetivo de la sesión, comprensión de la paciente, reciprocidad en las conversaciones, gravedad de la depresión postparto a priori, tiempos, reacciones de la madre, anotaciones subjetivas, sospechas, descubrimientos, etc.

Al terminar el curso con la cuarta sesión, se anotarán los resultados obtenidos por la propia paciente, y los que haya evaluado el ponente. Se anotará el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos gracias a los indicadores seleccionados. Se deben registrar en su historia clínica la realización de este curso, los resultados, y el estado de la paciente al alta definitiva (o derivación a especialista).

Debido a estas anotaciones tendremos un registro de nuestra actividad durante el curso en la que pueden apoyarse los enfermeros y todo tipo de profesionales de otros Centros de Salud, y medir el propio ponente la evolución de la madre e hijo en un futuro ya que conocemos su situación y necesidades. Esto servirá para poder rectificar o modificar los cuidados si no dan el resultado esperado, o implementarlos en futuros procesos enfermeros si obtienen éxito.

## **8.6 Seguimiento y evaluación**

En esta última etapa del proceso enfermero tenemos oportunidad de averiguar si las intervenciones que hemos propuesto han dado resultado, cumpliendo los objetivos marcados.

Con la madre con depresión postparto se evaluarán las actividades día a día, revisando el parte de enfermería de la sesión anterior y la historia clínica antes de comenzar con la siguiente intervención. Además, se preguntará a la paciente y familia cómo evaluaría cada sesión una vez finalizada, lo que evitará que se pierda información ya que está reciente todo lo acontecido: lo destacable por positivo y lo que necesitamos mejorar.

Se realizará una última evaluación al final del curso, tras 4 sesiones, como ya se ha descrito anteriormente. Ésta será una evaluación general, no sólo del día mismo de cada sesión, sino global: desde que comenzaron las intervenciones hasta el día marcado como límite, valorando todos los factores (recursos, infraestructuras, ponentes, etc.).

Se revisará si se han logrado las metas estipuladas, qué intervenciones han resultado más eficaces, la respuesta de la madre y de su familia, la satisfacción obtenida, y la cantidad y calidad de objetivos resueltos con éxito para dar solución a los diagnósticos alterados.



## 8.7 Estrategias de implantación

A continuación, se recoge un resumen de estas estrategias:

Tener al menos una persona dedicada, como una enfermera o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.

Establecer un comité directivo integrado por los principales colaboradores y miembros comprometidos con liderar la iniciativa. Establecer un plan de trabajo para realizar un seguimiento de actividades, responsabilidades y plazos.

Ofrecer sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones, guías para el facilitador, folletos y estudios de casos. También se pueden poner carpetas, carteles y tarjetas a disposición de los asistentes como recordatorio permanente de la formación recibida. Las sesiones formativas deben ser interactivas, incorporar ejercicios de resolución de problemas, tratar temas de importancia inmediata y ofrecer oportunidades para practicar nuevas habilidades.

Proporcionar apoyo dentro de la institución estableciendo las estructuras necesarias para facilitar la implantación. Por ejemplo, contratar personal de reemplazo para que los participantes no se encuentren distraídos por preocupaciones sobre el trabajo y promover una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de sus directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación.

El trabajo en equipo, la valoración colaborativa y la planificación de los cuidados (a través de un enfoque interdisciplinar y en colaboración con el paciente y la familia) son elementos beneficiosos para una implantación adecuada de las intervenciones y cuidados.

## **8.8 Cuidados de enfermería a la mujer con depresión posparto y la Escala de Edimburgo**

En la provisión de cuidado a las madres con depresión posparto, las enfermeras deben facilitar la participación del compañero o de miembros de la familia. La educación de los miembros profesionales de la salud en el manejo de la depresión posparto es muy importante. Se necesita saber usar la escala de depresión posnatal Edinburgh.

Para prevenir los síntomas de la depresión posparto se deben identificar los factores de riesgo personales y sociales; y se sugiere educación e intervenciones de enfermería que preparen mejor a las madres en los síntomas, como identificar sensaciones somáticas, especificando su significado y duración, intervenciones para mejorar el cuidado del niño en la casa durante la gestación y el periodo posparto, y fomentar el apoyo social, medidas que ayudarían a disminuir las tasas de depresión posparto. El personal de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh, brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.

El personal de enfermería debe facilitar el acompañamiento de los familiares y del compañero en la intervención de madres con depresión posparto. El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en casa y fomentar el apoyo social. El profesional de enfermería, en caso de madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer (2.500g), remiten al programa “Madre Canguro”.

## 8.9 Recomendaciones

- Las enfermeras proporcionan cuidados individualizados y flexibles durante el posparto basándose en la identificación de síntomas depresivos y en la preferencia de la madre.
- Las enfermeras deben alentar a las madres a completar la EPDS después del parto, por sí mismas y en la intimidad.
- Las enfermeras deben proporcionar una valoración inmediata en caso de autolesiones, ideas o comportamientos suicidas cuando una madre presenta una puntuación positiva (por ejemplo, de 1 a 3) en el ítem 10 de la escala EPDS sobre autolesiones.
- Las enfermeras deberán proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de las madres puérperas que experimentan síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben facilitar oportunidades de participar en grupos de apoyo a las madres puérperas con síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el posparto, según corresponda, a las madres que experimentan síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el periodo posparto.
- Las enfermeras deben consultar los recursos apropiados para obtener información actualizada y precisa antes de educar a las madres con síntomas depresivos acerca de los medicamentos psicotrópicos.
- Las enfermeras que proporcionan atención a las nuevas madres deben recibir formación acerca de la depresión posparto para ayudar a confirmar los síntomas depresivos y para realizar intervenciones de prevención y tratamiento.

## 9. Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos con las encuestas realizadas, llegué a la conclusión de que, muchas mujeres muestran síntomas depresivos, y no lo saben, pues ya que no han recibido la información necesaria y/o suficiente sobre éste tema, muchas de ellas reciben el apoyo ya sea de su familia, de su pareja o de ambas partes, pero, no es una poyo en cuanto a sus síntomas, preocupaciones o demás sentimientos relacionados con la depresión, ya que, el tipo de apoyo que reciben es entorno al bebé, a su cuidado y/o bienestar, tanto de la madre como del bebé, pues ya que, siempre se ha visto que la familia se enfoca más en el bebé y dejan de lado cómo se siente emocionalmente la madre, enfocándose más en si físicamente está bien, si todo salió bien, si no tuvo ninguna complicación, etc., pero, y las verdaderas emociones y sentimientos de la madre dónde quedan, esas emociones qué, dónde las dejan, la familia no se enfoca en eso, simplemente dicen: “qué bueno que estas bien”, “¿cómo te sientes?” (pero no se refieren en ese instante a lo emocional, sino a lo físico), y si acaso llegan a preguntar por su estado emocional, simplemente preguntan: “¿qué sientes al tener a tu bebé contigo?” o “¿qué sientes al respecto después del nacimiento de tu bebé?”, y pues, como estamos en un mundo lleno de tabúes, prejuicios, críticas sin fundamentos viables, lleno de juzgar a la gente sin saber lo que realmente pasa, pues, las madres con esos temores, miedos, sentimientos negativos, tristezas y demás cosas, simplemente mienten y le dicen a las demás personas lo que ellas quieren oír, y claro también les dicen lo que están acostumbradas a oír, dejando oculto lo que verdaderamente están sintiendo, lo cual las hace propensas a desarrollar depresión posparto, o en dado caso, que ésta se agrave; pues ya que, si bien, anteriormente en la investigación se mencionó que la depresión posparto se puede manifestar de muchas formas, en muchos grados y que, puede afectar de diferentes maneras a las madres que la padecen, y su evolución dependerá del ambiente en el que la madre se encuentre y de las circunstancias en las que ésta se encuentre.

Otro punto importante que cabe recalcar de los factores que rodean a la depresión postparto, son los prejuicios sociales. La depresión en general es una patología que

cuesta mucho diagnosticar por la vergüenza que da admitir que se está enfermo y que se necesita ayuda. La población está mucho más concienciada de sentir empatía o compasión por patologías físicas, pero si no ven un tumor, una escara o fiebre, cuesta acercarnos a esa persona sin prejuicios como “quejica”, “débil”, etc.

Más aun en las madres con depresión postparto, los prejuicios aumentan. Es sabido por todos que dar a luz o tener un hijo que es el momento más feliz de la vida de una persona, especialmente de la madre. ¿Cómo puede ser que una mujer sienta tristeza y rechazo?

La efectividad del tratamiento dependerá de la pronta detección de la depresión, del apego al tratamiento, del apoyo por parte de la familia y de la pareja de la paciente y, por supuesto del grado de depresión que ésta presente, dado que no será el mismo tratamiento para todas las pacientes.

Cabe resaltar que las investigaciones realizadas, demuestran que la depresión posparto es un tema más grave de lo que se piensa, y que, aquí en México no existen investigaciones ni información suficiente sobre este tema que es tan importante, inclusive más de los que parece, dado que se ha visto que es un tema muy delicado y cada vez más común de lo que era hasta hace apenas unos años.

Los primeros meses de vida son primordiales para establecer un vínculo afectivo entre la madre y su hijo que les unirá para siempre. Este vínculo se ve gravemente dañado en la época en la que dura la depresión. El recién nacido se puede ver falto de atenciones y cuidados, pero sobretodo, falto del afecto y cariño incondicional de una madre en esos primeros días y meses de vida en el que se desarrollan multitud de aptitudes cognitivas, sociales y en el que el estimular o no al bebé es decisivo de alcanzar su capacidad intelectual y motora óptima.

Existe una gran diferencia en cómo se reflejan los síntomas en las madres adolescentes a diferencia de las madres adultas, ya que los síntomas se presentan en los adolescentes con mayor énfasis. No hay un factor en particular con el que se puede decir que sea el que ocasiona la depresión, pero la mayoría coincide en que la edad es un factor importante.

Los demás factores que influyen para que se presente la depresión postparto son diversos (niveles de hormonas, conflictos maritales o con el padre del recién nacido, embarazo no deseado, depresión durante el embarazo, entre otros) y cada uno de ellos es de vital importancia tomar en consideración por que cada uno de ellos influye de diferente forma en la salud emocional de las adolescentes como medida de prevención.

Tomar como medida de prevención a cada uno de los factores, nos servirá para que el porcentaje de incidencia no siga en aumento y para que el personal de salud o los familiares o padres de una adolescente actúen o intervenga mediante pláticas y la adolescente no llegue a presentar depresión.

La depresión post parto es una enfermedad que en la actualidad está afectando a la salud de las mujeres en estado de puerperio, comúnmente se observa que en los hospitales el personal de salud toma poca importancia a este tipo de pacientes, no se realiza un buen diagnóstico y no se aplica correctamente el proceso de atención de enfermería, siendo este un método que contribuye a conocer todas aquellas necesidades afectadas en la paciente.

La importancia de la depresión post parto en la mujer puérpera invita a la enfermera realizar un plan de cuidados individualizados acertado, flexible y funcional para educar, prevenir y ayudar tanto a las mujeres afectadas como a sus familias.

La enfermera es la profesional idónea para el cuidado de la mujer con depresión postparto en la medida que necesita ser atendida de forma cercana y ser acompañada en todo el proceso para no deteriorar su autoestima como madre.

Por todo esto se rescata la importancia que tiene el manejo por parte de los profesionales de la salud de atención primaria en cuanto a salud familiar, ya que es conocido que al trabajar e intervenir en el entorno del usuario del sistema de salud es más fácil obtener resultados positivos en la recuperación y rehabilitación. Es importante realizar intervenciones de apoyo social, como grupos de apoyo, talleres, visitas domiciliarias por trabajadoras sociales y psicólogos, actividades comunitarias

entre otras, con el fin de reforzar un componente fundamental en la salud mental de las mujeres.

El apoyo social durante el embarazo es de suma importancia y por ende es necesario evaluarlo para que exista un buen ambiente para recibir al recién nacido y mejorar las condiciones en que la madre se adapte a este cambio y así también mantener estas condiciones durante el postparto. Se debe trabajar desde el enfoque de salud familiar que contempla intervenciones de promoción y prevención, que afectan íntimamente el círculo más cercano de la usuaria por parte del equipo de cabecera.

Se determinó y se dio a conocer a las mujeres en estado puerperal aquellos factores de riesgo que influyen en la depresión post partos, para que sean reconocidos y evaluados a tiempo y así puedan evitar posibles complicaciones en su salud.

La aplicación del plan de cuidados fue una herramienta fundamental, donde se establecieron y ejecutaron actividades de enfermería basadas en el conocimiento científico y proceso práctico tomando en cuenta los valores éticos, humanísticos, interculturales y con medidas de seguridad, con la finalidad de brindar cuidados de calidad que contribuyan a la promoción de la salud de mujeres en estado puerperal así como también serán de gran contribución para la reducción de las complicaciones y muertes maternas.

Es necesario sensibilizar al personal de salud, para trabajar de una manera multisectorial, aplicando adecuadamente en la práctica el proceso de atención de enfermería, no solo con la madre sino también con la pareja, familia y comunidad, se detectaron oportunamente ciertos factores de riesgo y se pudo establecer una serie de actividades que aportaron a la prevención y rehabilitación de este tipo de trastorno que no solo afecta la calidad de vida de la mujer en estado puerperal, sino que muchas veces provoca la muerte materna.

Así que, dejemos atrás los prejuicios y, mejor enfoquémonos en ayudar a las madres con depresión posparto, que cada día son más y, a las cuales les cuesta mucho trabajo aceptar que tienen un problema de salud grave.

## 10. Bibliografía

### 10.1 Básica

- Álvarez E, Ponce R, Irigoyen C. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familia en México. Arch Med Fam. 2015:133-136.
- Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García- Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Méd Quir 2015:18-23.
- Álvarez A, Ponce R, Irigoyen C. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. Arch en Med Fam. 2015. Vol.9:133-136.
- Alvarado E, Sifuentes Á, Estrada, Salas M, Hernández A, Ortiz R, García L, Torres C, Sandoval H. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. 2016. Gac Méd Méx: 1 -57.
- Rodríguez, S. (2016). Operatoria Obstétrica. Editorial médica panamericana. México.
- Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado A B, Ortiz-Rocha SG. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. Gac Med Mex. 2015: 1-9.
- Kendall-Tackett, K. A. (2015). Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives. Toronto: University of Toronto Press.
- Bennett, S. & Indman, P. (2018). Beyond the blues: A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression. San Jose, CA: Moodswings Press.



- Almanza-Muñoz JJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2017: 78-86.
- Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Ment.* 2018: 57-62.
- Sohr-preston sl, scaramella IV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2017: 65-83.
- Elizabeth J. corwin, pd, Kathleen p. Th Psychoneuroimmunology of Postpartum Depression. *Journal of Women´s Health* 2017; 17.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2018.
- Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile* 2018: 851-8.
- De Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de personal de salud. 1ra ed. México: Limusa; 2015.
- Almanza Muñoz J, Salas Cruz C, Olivares Morales Á. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2016: 78-86.
- Ascaso C, Garcia L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Jesús M. 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. *Medicina ClínicaBarcelona*; 2016:326-9.
- Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatrica.* 2015:22-31.
- Lartigue T. Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En: Kolteniuk M, et al. (comps.). *El Inconsciente freudiano.* México: Editores de Textos Mexicanos; 2016, p. 139-53.

- Dávila P. El proceso de la alianza terapéutica en mujeres embarazadas durante el período perinatal en el INPer en psicoterapia breve. Tesis de Maestría. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2015, p. 265.
- Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena Pediátrica*. 2016; 84:285-92.
- Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría*. 2017; 60:140-49.
- Suárez Varela I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medidas preventivas de la depresión postparto. *Nure Investigation*. 2015; 60: 1-17.
- Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesión*. 2016; 7:5-11.
- Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015; 5:305-18.
- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2016; 49:66 - 72.
- Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2017; 67:187-91.
- Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016; 57:156-62.
- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2018; 68:491-4.

- Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano EJ, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *Int J Clin Health Psychology* 2016; 6:41-51.
- Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 2018; 3:11-8.
- Alvarado R, Bosh C, Castillo M, Espinoza F, Jadresic E, Rayo X, et al. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago, Chile: MINSAL; 2018.
- Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, et al. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health* 2015 Mar 16.
- Dowell T, et al. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Wellington: New Zealand Guidelines Group; 2018.
- García-Herrera JM, Nogueras-Morillas EV, Muñoz-Cobos F, Morales Asencio JM. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Guía Rápida. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Málaga, 2017.
- Murray L. The development of children of postnatally depressed mothers: evidence from the Cambridge Longitudinal study. *Psychoanal Psychother* 2018; 23:185–99.
- NICE. Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2017.
- Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2015; 374:646–53.
- Bennett, S. & Indman, P. (2015). *Beyond the blues: A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression*. San Jose, CA: Moodswings Press.

- Rosenberg, R., Greening, D. & Windell, J. (2015). Conquering Postpartum depression: A proven plan for recovery. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Kendall-Tackett, K. A. (2015). Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives. Toronto: University of Toronto Press.

## 10.2 Complementaria

- Cox, J. & Holden, J. (2016). Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell.
- Hale, T. W. (2015). Medications and mother's milk. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening Scale manual. Los Angeles (CA): Western Psychological Services; 2015.
- Joseffsson A, Angelsiööl L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for Postpartum depressive symptoms. *Obstet Gyenecol* 2016; 99: 223-228.
- Gentile S. Antipsychotic Therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*. 2016; 36: 518 – 44.
- Enterprise Content Management (ECM.) *Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño*. 2017; 1:1-8.
- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. 7ª ed. Elsevier Mosby; 2015.
- Tarkka MT. Precitors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *J Adv Nurs*. 2018; 41:233-240.
- Zambrano GE, Cayon GJ, Mojica DC, Cañizares YF. Programa de atención integral a la adolescente gestante. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2018; 5:109 124.
- Morales A. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2015; 17.

- Rojas, E. (2015). Libro de guía práctica contra la depresión. Barcelona: Temas de hoy.
- Valverde, N. Del Rio, S. (2016). Ante todo, mucha calma: Un libro para vivir sin ansiedad el deseo, los miedos y las emociones de la maternidad. Madrid: las esferas de los libros.
- Urdaneta J., Rivera A., García J., Guerra M., Baabel N., Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev chil obstet ginecol. 2016; 75: 312-320.
- Vilouta M., Álvarez E., Borrajo E., González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2016; 33:208-11.
- García M. Trastornos del estado del ánimo del puerperio: factores psicosociales predisponentes [memoria para optar a grado de doctor]. Madrid: Universidad complutense de Madrid; 2017.
- Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión postparto en el hospital obrero. Rev. Cochab Med. Fam. 2018: 21 -26.
- Terol C., López S., Neipp C., Rodríguez J., Pastor M., Martin-Aragón M. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. Anuario de Psicología .2017; 35 .23-45.
- Molina M., Valdivia M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2015; 12. 85-109.
- Goker A., Yanikkerem E., Demet M., Dikayak S., Yildirim Y., Koyuncu F. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? International Scholarly Research Network. 2012.
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Deficiencia de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Publica Mex 2007;49(Supl 1): S37-S52.
- Berenzon, S, Saavedra N, Alanis S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional. Autoatención y apoyo social. Salud Publica Mex 2009; 51:474-481.

- Wagner F, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* 2012; 35:3-11.
- Chisholm D. Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system. Geneva: World Health Organization, 2006.

### 10.3 Electrónica

- <https://www.guiainfantil.com/blog/posparto/depresion/por-que-las-mamas-no-hablan-de-su-depresion-postparto/>
- [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717752620030006006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717752620030006006)
- [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262009000300004&script=sci\\_artt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262009000300004&script=sci_artt)
- [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00363634201600048](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201600048)
- [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252011000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252011000100005&script=sci_arttext)
- [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372014000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372014000400006&script=sci_arttext)
- [www.wpspublish.com](http://www.wpspublish.com)
- [www.depressionafterdelivery.com](http://www.depressionafterdelivery.com)
- [www.postpartum.net](http://www.postpartum.net)
- [www.midwife.org/focus](http://www.midwife.org/focus)
- [http://www.medscape.com/viewarticle/408688\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/408688_print)

## 11. Glosario

### A

- **Aborto:** El aborto consiste en la interrupción del embarazo y se puede producir tanto de forma espontánea como inducida. Sea cual sea el caso, el aborto concluye con la expulsión del feto a través del canal vaginal.
- **Acupuntura:** La acupuntura es una terapia milenaria originaria de China, que consiste en la aplicación de agujas en puntos específicos del cuerpo para tratar enfermedades y para promover la salud.
- **Agitación psicomotriz:** Cuadro psicopatológico que se caracteriza por una actividad motora intensa y sin finalidad productiva (moverse nerviosamente con incapacidad para mantenerse sentado, caminar velozmente o en círculos, frotarse las manos y la ropa, gritar y quejarse en voz alta, etc.). Normalmente se acompaña de ansiedad, irritabilidad y dificultad para reaccionar ante estímulos del exterior.
- **Altruista:** Se refiere a la conducta humana y es definido como la preocupación o atención desinteresada por el otro o los otros, al contrario del egoísmo.
- **Anemia:** La anemia es el trastorno de la sangre. Afecta a los glóbulos rojos y la hemoglobina. Se trata de la proteína en los glóbulos rojos que transporta el oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo.
- **Angustia:** Estado de intranquilidad o inquietud muy intensas causado especialmente por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro.
- **Anhedonia:** Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.
- **Ansiedad:** La ansiedad, como el estrés, es una respuesta del organismo ante situaciones límites, que se caracteriza por una sensación de angustia leve o miedo, y la aparición de aceleración del ritmo cardíaco y la respiración, sudoración o sensación de flojedad.

- **Anticuerpos:** Sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una infección de virus o bacterias que afecta al organismo.
- **Antidepresivos:** Un antidepresivo es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.
- **Antipsicóticos:** Es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las psicosis.
- **APGAR:** Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. Los cinco criterios del test de Apgar son: Apariencia / complexión, Frecuencia de pulso, Reflejo de irritabilidad, Actividad, Esfuerzo respiratorio.
- **Asma bronquial:** El asma es una enfermedad respiratoria, caracterizada por inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de sensación de falta de aire (disnea), pitos en el pecho con la respiración (sibilancias), tos y sensación de opresión en el pecho.
- **Atención integral:** Es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas.
- **Atención sanitaria:** Prestación preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora que tiene por objeto promover, mantener o restablecer la salud de las personas.
- **Autoayuda:** Ayuda que una persona se presta a sí misma para superar una situación personal que le afecta psicológicamente.
- **Autocrino:** El término se aplica a un tipo de secreción química que afecta a la misma célula que secretó la sustancia, como una hormona, por ejemplo.
- **Autocuidado:** Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso



continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

- **Autoeficacia:** Es la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos.
- **Autoestima:** Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.
- **Avasalladora:** Nos alude el que avasalla, atropella, abusa, oprime, humilla, esclaviza, rebaja y el que somete a obediencia y con exigencia.

## C

- **Caucásica:** Se dice que una persona es de raza caucásica cuando su color de piel es blanco.
- **Cefalea:** Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez.
- **Célula:** Unidad anatómica fundamental de todos los organismos vivos, generalmente microscópica, formada por citoplasma, uno o más núcleos y una membrana que la rodea.
- **Cesárea:** Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.
- **Citocinas:** Son proteínas que regulan la función de las células que las producen sobre otros tipos celulares.
- **Coefficiente intelectual:** Es un estimador de la inteligencia general resultado de alguno de los test estandarizados diseñados para este fin.
- **Cognitivo:** Es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia.
- **Cohesión:** Unión o relación estrecha entre personas o cosas.

- **Cólicos:** Es un tipo de dolor caracterizado por dolor abdominal que varía de intensidad en el tiempo, desde muy intenso, opresivo (retortijón o retorciójn) hasta casi desaparecer, para volver a aumentar de intensidad.
- **Comorbilidad:** También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.
- **Complicación obstétrica:** Se refiere a interrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.
- **Comportamiento histriónico:** Es una afección mental por la cual las personas actúan de una manera muy emocional y dramática que atrae la atención hacia ellas.
- **Conciliar:** Poner de acuerdo a dos o más personas o cosas. Hacer compatibles dos o más cosas.
- **Consenso:** Proceso para la toma de decisiones, no un método científico para la creación de nuevos conocimientos. En el mejor de los casos, el desarrollo del consenso se limita a hacer el mejor uso de la información disponible, ya sea de datos científicos o de los conocimientos colectivos de los participantes.
- **Control postnatal:** Atención que reciben una mujer y su bebé después del parto.
- **Control prenatal:** Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.
- **Controversia:** Discusión reiterada entre dos o más personas que defienden opiniones contrarias.
- **Cónyuge:** Esposo o esposa de una persona.
- **Cortisol sérico:** El cortisol es una hormona que se produce en la glándula suprarrenal y que sirve para aumentar el nivel de azúcar en la sangre.
- **Costo-efectividad:** Es una forma de análisis económico que compara los costos relativos con los resultados de dos o más cursos de acción.

- **Cribado:** En medicina es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.
- **Crisis:** Situación difícil de una persona o una cosa.
- **Cualitativo:** Es aquello que está relacionado con la cualidad o con la calidad de algo, es decir, con el modo de ser o con las propiedades de un objeto, un individuo, una entidad o un estado.

## D

- **Desapercibida:** Que no es percibido, notado o advertido.
- **Desarrollo cognitivo:** Es el producto de los esfuerzos del niño por comprender y actuar en su mundo.
- **Deserción:** Es el abandono del deber. Consiste en dejar de cumplir con una obligación o en alejarse de ciertos ideales o causas.
- **Devaluada:** Disminución del valor de una moneda o de otra cosa.
- **Diabetes gestacional:** La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres embarazadas que nunca antes padecieron esta enfermedad.
- **Diádica:** Se refiere a los grupos sociales compuestos por dos personas.
- **Discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- **Disforia:** Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad.
- **Disímiles:** Que es diferente, que no se parece.
- **Disonancia:** Falta de correspondencia, conformidad o igualdad entre dos o más cosas.
- **Disritmia cardíaca:** Son los latidos anormales del corazón, ya sea irregulares, demasiado rápidos o demasiado lentos.

- **Dopamina:** Neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y que es especialmente importante para la función motora del organismo.

## E

- **Embrión:** Es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el huevo o en el útero de la hembra.
- **Empatía:** Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona.
- **Empírico:** Que está basado en la experiencia y en la observación de los hechos.
- **Endometrio:** Membrana mucosa que recubre la cavidad del útero.
- **Endorfinas:** Son neurotransmisores que se encargan de hacernos sentir bienestar y felicidad, entre otras muchas funciones.
- **Énfasis:** Fuerza en la articulación o en la entonación con la que se quiere destacar un aspecto de lo que se dice.
- **Enfoque biopsicosocial:** Es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (químico biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.
- **Episiotomía:** Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarramiento de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.
- **Epitelio:** Tejido constituido por células íntimamente unidas, planas o prismáticas, que recubre la superficie externa del cuerpo y de ciertos órganos interiores.
- **Espermatozoide:** Célula reproductora masculina de los hombres, destinada a la fecundación del óvulo; mide de diez a sesenta micras de longitud y está compuesta de una cabeza que contiene el material cromosómico y de una cola o flagelo que actúa como propulsor.

- **Esquizofrenia:** Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.
- **Estandarizar:** Ajustar a alguien o algo a un estándar.
- **Estigma:** Marca o señal en el cuerpo, especialmente la impuesta con un hierro candente como signo de esclavitud o de infamia.
- **Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.
- **Estrógenos:** Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.
- **Estudios piloto:** Es un estudio de investigación que se lleva a cabo antes del verdadero estudio. Los estudios piloto se ejecutan normalmente siguiendo los mismos pasos pensados para el estudio real, pero en una escala más pequeña.
- **Etnicidad:** Se denomina etnicidad al rasgo diferencial de una etnia. El término etnia, en tanto, alude a la colectividad que se define por semejanzas culturales, lingüísticas o raciales.
- **Euforia:** Sensación exteriorizada de optimismo y bienestar, producida a menudo por la administración de medicamentos o drogas, o por alguna satisfacción material o espiritual.
- **Evolución:** Cambio o transformación gradual de algo, como un estado, una circunstancia, una situación, unas ideas, etc.
- **Exacerbación:** Es el aumento transitorio de la gravedad de un síntoma o de una enfermedad.

## F

- **Factores biológicos:** Son los que se incluyen animales, plantas y microorganismos, es decir los seres vivos.
- **Farmacoterapia:** Es la ciencia y aplicación de los medicamentos para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

- **Fatalidad:** Alude a una circunstancia especialmente desgraciada, pero también se refiere al destino.
- **Fatiga:** Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental.
- **Fecundidad:** Es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la reproducción biológica en cualquier especie o incluso en la tierra misma.
- **Feedback:** La realimentación también referida de forma común como retroalimentación es un mecanismo por el cual una cierta proporción de la salida de un sistema se redirige a la entrada, con señales de controlar su comportamiento.
- **Fenomenología:** Es el estudio filosófico del mundo en tanto se manifiesta directamente en la conciencia; el estudio de las estructuras de la experiencia subjetiva.
- **Feto:** Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.
- **Fluctuaciones:** Variación de intensidad, de medida o de cualidad.
- **Fobia:** Una fobia es un trastorno de salud emocional o psicológico que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas como, por ejemplo, a los insectos o a los lugares cerrados.
- **Fototerapia:** Tratamiento médico de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de luz natural o artificial.
- **Frecuencia cardíaca:** Es la cantidad de veces que el corazón late durante un minuto.
- **Frustración:** Es una respuesta emocional común a la oposición, relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual.

## G

- **Gen:** Partícula de material genético que, junto con otras, se halla dispuesta en un orden fijo a lo largo de un cromosoma, y que determina la aparición de los caracteres hereditarios en los seres vivos.

- **Génesis:** Proceso mediante el cual se ha originado o formado una cosa.
- **Genoma:** Es el conjunto de genes contenidos en los cromosomas, lo que puede interpretarse como la totalidad del material genético que posee un organismo o una especie en particular.
- **Gestación:** Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Glándula tiroides:** Es una glándula endocrina, situada debajo de la nuez de Adán, junto al cartílago tiroides sobre la tráquea.
- **Gravidez:** Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto. Embarazo de la mujer.

## H

- **Hándicap:** Condición o circunstancia que supone una desventaja en relación con otros o dificulta la realización o consecución de algo.
- **Hiperemesis:** Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo.
- **Hipocondriaco:** Es el miedo o el convencimiento de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación personal y errónea de sensaciones corporales o síntomas.
- **Histeria:** Es una enfermedad nerviosa que pertenece al grupo de las neurosis.
- **Homeópata:** Es un método terapéutico que se basa en la ley de similitud o de los semejantes, la cual afirma que una sustancia que provoca determinados síntomas en una persona sana, en pequeñas cantidades, es capaz de curar los mismos síntomas o semejantes en una persona enferma.
- **Homeostasia:** Es una propiedad de los organismos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior.

- **Homicidio:** Delito que consiste en matar a una persona sin que exista premeditación u otra circunstancia agravante.
- **Hormona:** Sustancia química producida por un órgano, o por parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido determinado.
- **Hormonoterapia:** Aquel tratamiento que utiliza preparados con acción hormonal.
- **Hostilidad:** Es una forma de negación o de rechazo social colérico interno.

## I

- **Ilícito:** Que no está permitido por la ley o no es conforme a la moral.
- **Indagar:** Tratar de llegar al conocimiento de una cosa reflexionando sobre ella o por conjeturas y pruebas.
- **Índole:** Carácter o condición natural propia de cada persona, que la distingue de los demás.
- **Infante:** Es una denominación legal relativa a los menores de edad, que incluye a los niños de cero a cinco años, y también se entiende como niño de corta de edad, que no ha llegado al periodo de la adolescencia o es menor de 11 años y se encuentra en la etapa de la infancia.
- **Infraestructura:** Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.
- **Insomnio:** Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.
- **Interacción:** Acción, relación o influencia recíproca entre dos o más personas o cosas.
- **Interacciones recíprocas:** Una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas.
- **Interpersonal:** Que se produce entre las personas.
- **Intervención:** Puede tratarse del hecho de dirigir los asuntos que corresponden a otra persona o entidad.



- **Intervención psicoeducativa:** Hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.
- **Irritabilidad:** Tendencia a irritarse por cualquier cosa, incluso por cosas que no irritan a otras personas.
- **Ítem:** Es cada una de las partes individuales que conforman un conjunto. En este sentido, en un documento escrito, el ítem se refiere a cada uno de los artículos o capítulos en que este se subdivide.

## L

- **Labilidad:** Se refiere a cambios rápidos en el estado de ánimo, que pueden estar provocados o no, por estímulos externos. Se caracteriza por episodios de risa o llanto repentinos, descontrolados y fuera de lugar.
- **Lactancia materna:** Es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos.
- **Lactante:** Que está en el período de la lactancia.
- **Leptina:** Es una hormona que regula el apetito. Su función principal es la de inhibir la ingesta de alimentos y aumentar el gasto energético, para mantener constante el peso corporal. La leptina es la responsable de generar la señal de saciedad en el cerebro.
- **Lesión:** Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe, una enfermedad, etc.
- **Letal:** Que causa o puede causar la muerte.
- **Libido:** Deseo de placer, en especial de placer sexual.

## M

- **Matrona:** Persona que tiene por oficio asistir a las mujeres en el parto.
- **Medicamentos psicotrópicos:** Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central. Son agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso

central, produciendo cambios temporales en la percepción, el ánimo, el estado de conciencia y el comportamiento.

- **Membrana:** Lámina de tejido orgánico, generalmente flexible y resistente, de los seres animales o vegetales, entre cuyas funciones están la de recubrir un órgano o un conducto o la de separar o conectar dos cavidades o estructuras adyacentes.
- **Menstruación:** También llamada menorrea, período o regla, es el sangrado que experimentan las mujeres y algunas hembras mamíferas cuando el óvulo, que se expulsa del ovario para ser fecundado, no se fertiliza.
- **Meta análisis:** Se refiere al conjunto de métodos enfocados a contrastar y combinar los resultados de diferentes estudios; con la esperanza de identificar patrones entre los resultados de estudio, las fuentes de desacuerdo entre dichos resultados, u otras relaciones interesantes.
- **Metabolismo:** Conjunto de los cambios químicos y biológicos que se producen continuamente en las células vivas de un organismo.
- **Metasíntesis:** Es una forma de integrar hallazgos de investigación cualitativa con el fin de lograr una nueva interpretación que explica el fenómeno con un nivel mayor de evidencia científica.
- **Metilentetrahidrofolato reductasa:** Es la enzima limitante de la velocidad en el ciclo del grupo metilo, y se encuentra codificada por el gen MTHFR.
- **Micción:** Acción de orinar.
- **Miomatosis:** Son tumores pélvicos benignos en el útero y son los más frecuentes en las mujeres.
- **Miscelánea:** Es una mezcla compuesta por cosas distintas o de géneros diferentes, materias que en muchos casos pueden parecer inconexas y mezcladas, cobran sentido por medio de una programación permanente dirigida a acercar la creación contemporánea al público.
- **Mitosis:** Proceso de reproducción de una célula que consiste, fundamentalmente, en la división longitudinal de los cromosomas y en la división del núcleo y del citoplasma; como resultado se constituyen dos células hijas con el mismo número de cromosomas y la misma información genética que la célula madre.

- **Molécula:** Agrupación definida y ordenada de átomos que constituye la porción más pequeña de una sustancia pura y conserva todas sus propiedades.
- **Morbilidad:** Incidencia de la enfermedad en una población, incluidos los casos mortales y los no mortales.
- **Morbimortalidad:** Se refiere al conjunto de enfermedades mortales que han afectado a una cantidad de personas en un tiempo y lugar determinados.
- **Mortalidad materna:** Es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto.
- **Muestreo:** Selección de un conjunto de personas o cosas que se consideran representativos del grupo al que pertenecen, con la finalidad de estudiar o determinar las características del grupo.
- **Múltipara:** Mujer que ha dado a luz más de una vez.

## N

- **Necrosis tumoral alfa:** Es una proteína del grupo de las citocinas liberadas por las células del sistema inmunitario que interviene en la inflamación, la apoptosis y la destrucción articular secundarias a la artritis reumatoide, así como en otras patologías.
- **Negligencia:** Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación.
- **Neonatología:** Parte de la pediatría que se ocupa del estudio y la asistencia de los recién nacidos.
- **Neuroticismo:** Es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática.
- **Neurotransmisores:** Nos referimos a aquellas sustancias químicas generadas por el cuerpo que se encargan de emitir señales (información) de una neurona a otra mediante un proceso llamado sinapsis.

- **Nivel sérico:** Es un examen de sangre para medir la cantidad de serotonina en el cuerpo.
- **Nivel socioeconómico:** Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.
- **Noradrenalina:** Hormona del sistema nervioso central y periférico que aumenta la presión arterial y el ritmo cardíaco y que actúa como neurotransmisor.

## O

- **Obstetricia:** Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este.
- **Óvulo:** Célula reproductora femenina que se forma en el ovario de las mujeres y que una vez fecundada por el espermatozoide da origen al embrión.

## P

- **Pánico:** Es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por episodios inesperados y repetidos de intenso miedo acompañados por síntomas físicos que pueden incluir dolor en el pecho, palpitaciones aceleradas del corazón, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal.
- **Parto eutócico:** Parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.
- **Patología:** Enfermedad física o mental que padece una persona.
- **Periodo prenatal:** Período de embarazo antes del nacimiento.
- **Placenta:** Órgano que desarrollan durante la gestación las hembras de los mamíferos, exceptuados los monotremas y marsupiales, que consiste en una masa esponjosa, adherida al útero, y a través de la cual se establece el intercambio de oxígeno y sustancias nutritivas entre la madre y el embrión.

- **Posparto:** Periodo de tiempo que se produce inmediatamente después de que una mujer da a luz hasta transcurridas 52 semanas.
- **Precaria:** Que es poco estable, poco seguro o poco duradero.
- **Preconcepcional:** Es el conjunto de acciones que realiza el médico con tu participación, encaminadas a conocer las condiciones de salud e identificar el momento ideal para embarazarte.
- **Precoz:** Que ocurre o sucede antes del tiempo que se considera habitual o necesario.
- **Preeclampsia:** Es la hipertensión de reciente comienzo con proteinuria después de las 20 semanas de gestación.
- **Prematurez:** Significa haber nacido antes de tiempo.
- **Prevalencia:** Se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico.
- **Primípara:** Mujer que ha dado a luz una sola vez.
- **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
- **Protocolo:** Conjunto de reglas de formalidad que rigen los actos y ceremonias diplomáticos y oficiales.
- **Prueba de esfuerzo:** Es un estudio común que se utiliza para diagnosticar la enfermedad arterial coronaria. Permite ver cómo funciona el corazón durante el ejercicio.
- **Psicoterapia:** Tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos.
- **Psicotrópicos:** Son agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo cambios temporales en la percepción, el ánimo, el estado de conciencia y el comportamiento.
- **Puerperio:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor

femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

## R

- **Recaída:** Es aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por la enfermedad de la que estaba convaleciente.
- **Reticente:** Es una figura retórica que consiste en dejar una frase incompleta o sin terminar de aclararla, señalándola con puntos suspensivos.

## S

- **Segmentación:** Dividir o formar segmentos o porciones.
- **Sepsis:** Es un síndrome de anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas potencialmente mortal asociadas a una infección.
- **Serotonina:** Sustancia que está presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor.
- **Síntomas colaterales:** Son efectos no deseados causados por las medicinas.
- **Síntomas neurovegetativos:** Conjunto de signos y síntomas agudos, mediados por el sistema nervioso y caracterizados por palidez, sudación, hipotensión, etc. Indican afecciones de importancia diversa.
- **Sintomatología:** Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad determinada o que se presentan en un enfermo.
- **Sistema inmunológico:** Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus.
- **Somático:** Que se diferencia y forma los tejidos y órganos del cuerpo de un individuo, a diferencia de las que están destinadas a dar origen a un nuevo ser.

## T

- **Tabú:** Prohibición de hacer o decir algo determinado, impuesta por ciertos respetos o prejuicios de carácter social o psicológico.

- **Tamiz:** Es una prueba sencilla y muy segura que se debe hacer a todos los recién nacidos, para descubrir enfermedades que puedan causar retraso mental, discapacidad e hipertiroidismo congénito.
- **Tasa de natalidad:** Es la cantidad proporcional de nacimientos que tiene lugar en una comunidad en un lapso de tiempo determinado.
- **Taxonomía:** Clasificación u ordenación en grupos de cosas que tienen unas características comunes.
- **Temperamento:** Carácter o manera de ser de una persona. Carácter fuerte, enérgico, firme y vivo de una persona.
- **Teratogenicidad:** Capacidad del medicamento para causar daño y, en un sentido estricto, malformaciones en el feto durante cualquiera de sus etapas de desarrollo.

## U

- **Úlcera:** Es toda lesión epitelial con pérdida de sustancia.
- **Umbral:** Parte inicial o primera de un proceso o actividad.

## V

- **Vasos sanguíneos:** Son todas las venas y arterias de nuestro organismo.
- **Verborrea:** Empleo excesivo de palabras al hablar.
- **Vicisitud:** Alternativa de sucesos prósperos y adversos.
- **Vínculo:** Unión o relación no material, especialmente la que se establece entre dos personas.
- **Violencia intrafamiliar:** Es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo.
- **Vulnerabilidad:** Que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente.