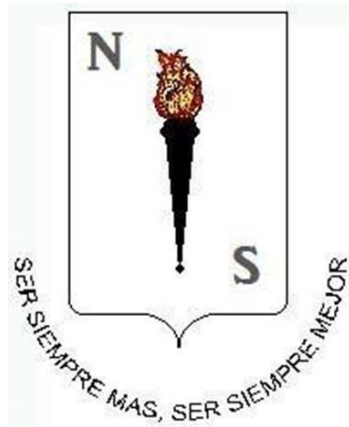


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO Y  
HOSTILIDAD EN ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE ERNESTINE  
WIEDENBACH

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

VIANNEY ALEJANDRA AGUILAR TÉLLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN; 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios:

Agradezco a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias inigualables y sobre todo felicidad.

A mis padres:

Le doy las gracias a mis padres por todo su infinito apoyo y ser mi pilar más importante durante esta etapa, por toda su comprensión, paciencia y por convertirse en mi aliento y fuerza en estos años. Gracias por todo.

A mi hermana:

Le doy las gracias a la persona que trajo alegría en cada momento de mi vida, porque me supiste entender, supiste hacerme reír cuando necesitaba olvidarme de mis preocupaciones, estuviste cuando la frustración me atacaba y necesitaba que alguien me diera aliento para seguir, fuiste quien nadie más fue, porque tenerte se convirtió en uno de mis motivos para continuar por eso y mucho más, GRACIAS Hermana.

A mis Abuelos:

Les doy las gracias por que jamás dudaron de mi capacidad, por brindarme su apoyo, amor y dedicación durante todos estos años.

A mis maestros:

Agradezco infinitamente a mis maestros por su dedicación, apoyo y paciencia por sembrar sus conocimientos, valores en nosotros y nos han guiado por el camino correcto.

## **DEDICATORIAS**

A mis padres:

Su afecto y su cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y mis ganas de buscar siempre lo mejor, ustedes que me enseñaron a amar, a agradecer, a aceptar los errores y sobre todo a perdonar, y me siguen enseñando tantas cosas de la vida por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundido siempre.

A mi familia:

Todo esto es para las personas que nunca perdieron la fe en mí, ha ellos que nunca se alejaron de mi lado, y me alientan a seguir por que me enseñaron que el éxito en la vida no se mide por lo que logras si no por los obstáculos que superas. Gracias por ser parte de mi vida y darme recuerdos hermosos.

## **Resumen**

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. La tristeza posparto generalmente solo dura unos días, después los síntomas se desvanecen tan rápidamente como aparecieron. La relación que establece la madre con el niño y que está determinada por diversas características individuales de la madre condicional en modelo estilo de crianza que está desarrollada con su hijo la crianza se entiende como un conjunto de comportamientos sistemáticos de la madre hacia el hijo que se realiza con el objetivo de fomentar su desarrollo y maduración está relacionada. Esta relación se caracteriza por conductas negativas de la madre hacia el hijo cómo son los comentarios críticos las actitudes de rechazo y hostilidad y el distanciamiento afectivo.

## **Abstrac**

Depression is a pathological manifestation of mood, which can occur at any stage of the life cycle and is characterized by a low mood that ends in sadness, accompanied by various symptoms and signs that persist for at least 2 weeks. Postpartum blues usually only last a few days, after which the symptoms fade as quickly as they appeared. The relationship that the mother establishes with the child and that is determined by various individual characteristics of the mother conditional on the parenting style model that is developed with her child. Parenting is understood as a set of systematic behaviors of the mother towards the child that is performed with the aim of promoting its development and maturation is related. This relationship is characterized by negative behaviors of the mother towards the child, such as critical comments, attitudes of rejection and hostility, and affective distancing.

## INDICE

INTRODUCCIÓN: .....	1
2: MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 vida y obras de Ernestine Wiedenbach .....	3
2.1.1 Primeros años académicos .....	3
2.1.2 Etapa laboral .....	4
2.1.3 Teoría.....	5
2.1.4 Wiedenbach basaba sus conocimientos en una teoría .....	6
2.1.5 Obras .....	7
2.2 Influencia .....	10
2.3 Hipótesis: .....	11
2.4 Justificación: .....	11
2.5 Planteamiento de problema: .....	122
2.6 OBJETIVOS.....	122
2.6.1 General: .....	122
2.6.2 Específico:.....	122
2.7 Método:.....	133
2.8 Variables:.....	133
Independiente: .....	133
2.9 Encuesta y Resultados .....	144
10.- GRAFICAS .....	166
3: CONCEPTUALIZACIÓN .....	222
3.1 El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) .....	222
3.1.1 etapas de la adolescencia.....	255
3.1.2 Embarazo:.....	266
3.1.3 Hostilidad: .....	288
3.1.4 Estado de ánimo: .....	299
3.2 clasificación de la depresión posparto .....	31
3.2.1 Tristeza postparto: .....	31
3.2.2 Psicosis Postparto:.....	34
3.2.3 Depresión Postparto: .....	35
3.3 Características.....	36
3.4 Características de la función materna .....	38
3.5 Conducta de Apego y Vinculación .....	40

3.6 Depresión materna influencia en el recién nacido .....	443
3.7 Fisiología del embarazo.....	44
3.8 Embarazo en la Adolescencia .....	45
3.8.1 consecuencias del embarazo adolescente.....	45
3.8.2 Factores de riesgo del Embarazo Adolescente.....	46
4: DEPRESIÓN POSPARTO .....	488
4.1 Antecedentes de la depresión postparto .....	488
4.2 Antecedentes históricos.....	51
4.3 Etiología.....	52
4.3.1 Alteraciones genéticas .....	53
4.3.2 Alteraciones cerebrales.....	54
4.4 Factores de riesgo .....	55
4.5 Factores psicosociales en la depresión .....	56
4.6 Epidemiología .....	57
4.7 clínica .....	58
4.8 Signos y Síntomas.....	59
Síntomas de depresión postparto .....	60
5: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO .....	62
5.1 Prevención primaria en la gestación.....	62
5.1.1 Prevención primaria en el parto .....	62
5.1.2 Prevención primaria en el puerperio .....	63
5.2 Prevención del embarazo adolescente.....	63
5.3 Complicaciones: .....	66
5.3.1 Frecuencia de tendencias suicidas .....	67
5.3.2 Impulsividad y suicidio.....	68
5.3.3 Clasificación del riesgo suicida .....	69
5.3.4 Criterios para hospitalización de personas con alto riesgo .....	69
5.3.5 Escala de suicidalidad de Osaka .....	70
5.4 Diagnostico y Detección .....	71
5.5 Diagnósticos diferenciales .....	75
5.6 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh.....	76
5.7 El Inventario de Depresión de Beck.....	78
5.7.1 Recaída tras nuevo embarazos .....	80
5.8 Componentes de la hostilidad durante el posparto.....	81

5.8.1 Agresión durante el embarazo .....	82
6: MANEJO Y TRATAMIENTO .....	83
6.1 Manejo:.....	83
6.1.1 Modalidades de terapia psicológica .....	83
6.1.2 terapia de pareja .....	86
6.1.3 Actividad física .....	86
6.2 Terapia interpersonal .....	87
6.2.1 Psicoterapia. ....	87
6.2.2 Apoyo al tratamiento de la depresión pre y postnatal .....	88
6.3 Manejo Farmacológico .....	89
6.3.1 Cuadro de medicamentos .....	92
6.4 Monitoreo del uso de fármacos antidepresivos en el embarazo y posparto .	93
6.5 Principios básicos para la utilización de la medicación psicotrópica durante el embarazo y la lactancia .....	94
6.6 Manejo Farmacológico durante la lactancia .....	95
6.7 Terapia Electro convulsiva (TEC) .....	97
6.8 Terapias complementarias y alternativas .....	98
6.8.1 Aromaterapia.....	98
6.8.2 Nuevas terapias: brexanolona.....	99
6.9 Terapias de apoyo .....	100
7: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	102
7.1 La enfermera ante la sociedad .....	102
7.1.1 Funciones de la enfermería como profesión .....	102
7.2 Rol de la Enfermería.....	103
7.3 Proceso de atención enfermero (PAE) .....	105
7.3.1 Etapa de valoración: .....	106
7.3.2 Diagnóstico de enfermería .....	106
7.3.3 valoración y diagnóstico.....	106
7.3.4 planificación .....	107
7.3.5 ejecución.....	107
7.3.6 evaluación .....	107
7.4 Diagnósticos de enfermería.....	108
7.5 Valoración de la depresión desde los patrones funcionales de la salud. ....	110
7.6 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.....	111
8: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSPARTO .....	112



8.2 Cuidados de Enfermería.....	114
8.3 Relación terapéutica .....	115
8.4 Realización de actividades .....	117
8.4.1 Actividades.....	117
8.4.2 Evaluación.....	119
8.5 Acciones de Enfermería dependientes .....	121
8.6 Acciones de Enfermería independientes .....	121
8.7 Cambios psicológicos .....	124
8.8 Papel de Enfermería: hospitalización psiquiátrica .....	127
Conclusión .....	129
10. BIBLIOGRAFÍA .....	132
10.1 Básica.....	132
10.2 Complementaria: .....	13333
10.3 Electrónica.....	13535
GLOSARIO: .....	13636
Anexos .....	14242
Anexo 1: Escala de suicidalidad de Okasha.....	142
Anexo 2: Escala de Depresión post-parto de Edinburgh.....	143
Anexo 3: Inventario de Beck.....	144

## INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo de investigación pretende hacer una revisión de una parte de la información existente hasta el momento acerca del tema de depresión postparto y aspectos relacionados con ella: definición, cuadro clínico, complicaciones, tratamiento etc. También busca ampliar los conocimientos sobre este tema, que para mucha gente resulta en parte desconocido y concientizar de la importancia que tiene en la actualidad. Por depresión posparto o depresión puerperal se entiende como un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto o durante los primeros 12 meses postparto.

Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz, sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales, la edad, las estrategias de afrontamiento, los recursos de apoyo disponibles para la mujer y socio demográficos principalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento". Esta afirmación resume de una manera breve los puntos más destacables que abarca este trabajo. Importancia de tal alteración en nuestros días, factores de riesgo, consecuencias.

La transición a la maternidad es el período de mayor vulnerabilidad a problemas emocionales, a pesar del estereotipo de que la fase perinatal es un período de felicidad. Las nuevas madres se enfrentan a múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales debido al estrés y a la demanda de ser madre, que requiere ajustes y que la hacen más vulnerable a la aparición de trastornos en la esfera psíquica.

Las madres tienden a ver esta situación como normal y no buscar ayuda ni tratamiento. Además, su entorno suele esperar que cumpla con su función materna, independientemente de su estado físico o mental. Sin embargo es una situación seria, que puede tener consecuencias a corto y largo plazo para el binomio madre niño y la familia.

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados. Continúa siendo problemático distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo (por ejemplo, depresión mayor) a aquellos estados depresivos "normales", pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa.

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 periodo, van ligados a sentimientos de bienestar emocional, felicidad, optimismo etc. Se sabía de la existencia de gestantes con patología psiquiátrica y se conocía que el periodo del postparto o puerperio era quizás algo más vulnerable. Pero la idea predominante no incluía a gestantes que pudieran desarrollar una enfermedad mental.

Dentro de la psicopatología, los trastornos del estado de ánimo, especialmente, la depresión; constituyen un problema para la salud pública dada su prevalencia y el grado de discapacidad que genera.

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”.

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.

La sintomatología principal consiste en la presentación de llanto con facilidad, labilidad emocional, insomnio, irritabilidad, astenia, alteraciones del sueño y apetito etc. También se observan sentimientos de culpabilidad, incluso pudiendo llegar a psicosis y procesos obsesivos compulsivos.

Los casos más extremos podrían presentar ideación suicida. Las tasas de prevalencia de la depresión postparto varían en torno al 12-16% según los estudios. Más concretamente, del 3 al 11% de éstas, lo experimenta de manera más grave, lo que suele definirse como Trastorno Depresivo Mayor. Además, es frecuente que se produzcan episodios depresivos a lo largo del embarazo, afectando estos del 9 al 23% de las gestantes.

## 2: MARCO TEÓRICO

### 2.1 vida y obras de Ernestine Wiedenbach



**Ernestine Wiedenbach** (18 de agosto de 1900 en Hamburgo, Alemania - 8 de marzo de 1998) fue una teórica de enfermería.

Su familia se mudó a Nueva York en 1909.

**Fallecimiento:** 8 de marzo de 1998, Florida, Estados Unidos

#### 2.1.1 Primeros años académicos

Ernestine Wiedenbach nació en una familia de buena posición económica el 18 de agosto de 1900, en Hamburgo, Alemania. Su interés por la enfermería comenzó cuando se vio obligada a cuidar a su abuela enferma.

Esta nueva pasión creció gracias a que la hermana de Wiedenbach tenía una amiga que era estudiante de medicina y cuyos relatos sobre el tema fascinaban a la alemana. A pesar de esta pasión por la ciencia, Wiedenbach primero obtuvo una licenciatura en artes liberales en Wellesley College en Estado Unidos. Más adelante, en 1922, ingreso a la escuela de enfermería, aunque lo hizo sin contar con el apoyo de su familia.

Wiedenbach

Fue expulsada de la primera institución académica a la que asistió por hacerse eco de las quejas de un grupo de estudiantes. Esto no fue impedimento para que más adelante pudiera ingresar a la Escuela de Enfermería Johns Hopkins. Su permanencia siempre estuvo condicionada, ya que no podía participar en ninguna manifestación estudiantil.

### **2.1.2 Etapa laboral**

Se graduó en la Johns Hopkins en 1925 y le ofrecieron un cargo como supervisora. Un puesto que ocupó hasta que se trasladó a Bellevue. No abandonó nunca su educación. Tomó clases nocturnas en la Universidad de Columbia y completó una maestría, además de recibir un certificado en enfermería en la salud pública. Todo esto para el año 1934. Incluso ejerció en la medicina pública al trabajar con organizaciones que buscaban mejorar las condiciones de los más necesitados.

Wiedenbach dejó clínica de enfermería y trabajó como escritora profesional en la Oficina de Información de Enfermería (NIB) de la American Journal of Nursing. Desarrolló su capacidad de escritura y tuvo muchos contactos con profesionales importantes.

Durante una etapa de su carrera Wiedenbach llegó a escribir para periódicos. Tras el ataque a Pearl Harbor tomó un rol más activo y se encargó de la preparación de las enfermeras que actuaron durante la Segunda Guerra Mundial. Después de la guerra, Wiedenbach declaró que deseaba regresar a la atención del paciente y el director de la Maternity Center Association de Nueva York, Hazel Corbin, la persuadió para inscribirse en la Escuela de Parteras, a la edad de 45 años. Cuando obtuvo el título se desempeñó como partera y llegó a declarar que lo que más le gustaba era atender nacimientos a domicilio. También dio clases en el horario nocturno.

En 1952, fue nombrada a la Escuela de Enfermería perteneciente a la Universidad de Yale donde se convirtió en Directora de programas de postgrado neonatales, comenzando en 1956. Recordó que ella no aceptó su posición con la intención de establecer un programa de enfermeras parteras, sin embargo incluyó la partería en la Universidad de Yale dando comienzo a los programas de postgrado.

Se retiró en 1966 y nunca se casó. Murió cuando tenía 97 años, el 8 de marzo de 1998.

### 2.1.3 Teoría

Wiedenbach desarrolló su teoría sobre la enfermería a finales de los años 50 y a comienzo de los 60. La idea central de la propuesta se basó en conocer cómo las enfermeras podían ayudar a los pacientes. En este modelo se habló por primera vez del cuidado en la enfermería y dio pautas de cómo era el proceso. Ayudar fue la principal preocupación de Wiedenbach en su propuesta y la enfermería debía girar alrededor de ese concepto. Desarrolló su modelo teórico a partir de una inmensa experiencia práctica y educativa basado en sus muchos años de experiencia como comadrona. Publicó el artículo *Childbirth as Mothers Say They Like It*, en el que señalaba que las madres desean dar a luz a sus hijos de la forma más natural posible. Además recibir recomendaciones en el parto, contar con la participación del padre, recibir una asistencia completa en las distintas fases del alumbramiento y estar con el recién nacido en el período de posparto. Su teoría la dedicó al arte de la enfermería clínica.

La alemana definió la ayuda en la enfermería como aquellas tareas que permitían que otras personas pudieran superar cualquier problema que pudiera afectar su normal funcionamiento. Es decir, el objetivo de la enfermería era proporcionar comodidad. En sus estudios, Wiedenbach habló de los diferentes tipos de ayuda que se le podía brindar a un paciente durante su cuidado. Además, el rol de las enfermeras era vital para lograr una atención médica exitosa.

La teoría de la enfermería que propuso Wiedenbach ahondo en varios conceptos novedosos en el área. Definió a los actores principales como pacientes y enfermeras ambos tenían roles muy activos en el proceso de cuidado.

Los pacientes no siempre se referían a personas enfermas, ya que el destinatario de la ayuda también podía ser cualquier individuo cuyo objetivo era educarse sobre algún tema de la salud. Wiedenbach también habló en su teoría sobre otros conceptos como la necesidad de ayuda, el conocimiento, la validación, la percepción de las personas.

Igualmente, le dio mucha importancia a los sentimientos y pensamientos, ya que explicó que eran las herramientas de una enfermera para definir las necesidades de cuidado que tenía un paciente.

**Otros aportes:** Ernestine Wiedenbach fue autora de varios libros y artículos que se publicaron durante su carrera. En 1958 escribió una de sus obras más importantes, Enfermería de maternidad centrada en la familia. En 1964 escribió Enfermería clínica: un arte de ayuda.

#### **2.1.4 Wiedenbach basaba sus conocimientos en una teoría**

##### **Tres factores:**

- El objetivo central que el médico reconoce como esencial para la disciplina en particular.
- La receta para el logro del propósito central.
- Las realidades de la situación inmediata que influyen en el objetivo central.

A su vez, Wiedenbach creía que había cuatro elementos principales para la enfermería clínica. Entre ellos: una filosofía, un propósito, una práctica y el arte.

**La filosofía** de las enfermeras era su actitud y creencias sobre la vida y la forma en que la realidad causaba efecto en ellas. Marcaba que la filosofía es lo que motiva a la enfermera para actuar de cierta manera.

Además caracterizó componentes esenciales asociados con la filosofía de enfermería: la reverencia por la vida, respeto a la dignidad, el valor de autonomía, la individualidad de cada ser humano y la resolución para actuar en personas de manera profesional manteniendo sus creencias.

**El propósito** estaba marcado en que las enfermeras debían dirigir el bien general del paciente en cada uno de sus ámbitos personales y del entorno.

**La práctica** estaba reflejada en las acciones de la enfermería que se observaban cuando las enfermeras se encargaban del cuidado y bienestar del paciente que solicitaba ayuda.

**El arte** de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos dirigiendo las actividades relacionadas con el plan médico para mejorar sus condiciones.

Es necesario nombrar que Wiedenbach colaboró en la definición de ciertos conceptos que se utilizaban en el ámbito salud y que muchas veces causaban confusiones. La teoría de Wiedenbach fue evolucionando con el paso del tiempo y se alimentó de la práctica y del estudio de nuevos casos médicos.

**Libros:** Communication: Key to Effective Nursing, Meeting the Realities in Clinical Teaching

### 2.1.5 Obras

1.- Wiedenbach, E. (1958). Enfermería de maternidad centrada en la familia, Nueva York: GP Putnam's Sons.

2.- Wiedenbach, E. (1964). Enfermería clínica: un arte de ayudar. Nueva York: Springer.

3.-Wiedenbach, E. (1963). El arte de ayudar a la enfermería. *American Journal of Nursing*, de 63 años (11), 54-57.

4.-Weidenbach, E. (1964) *Enfermería Clínica: Una porción de arte* de Nueva York: Springer.



Teorías de Wiedenbach 1. Teoría prescriptiva: una teoría productora de situaciones. Dirige la acción hacia un objetivo explícito. Tiene tres factores: Propósito central (filosofía de enfermería para el cuidado) Esencial para la disciplina en particular. Prescripción para el cumplimiento del propósito central, directriz de actividad. Realidades de la situación inmediata que influyen en el cumplimiento del propósito central. Matriz en la que se produce la acción. Propósito central La filosofía subyace al propósito y el propósito refleja la filosofía, Wiedenbach (1969).

Componentes de la filosofía de enfermería: Reverencia por el don de la vida. Respeto a la dignidad, valía, autonomía e individualidad de cada ser humano. Resolución de actuar dinámicamente en relación con las propias creencias. Las acciones de prescripción adecuadas para implementar un plan para llevar a cabo las acciones de acuerdo con el propósito central. Las acciones pueden ser voluntarias (respuesta intencionada) o involuntarias (respuesta no intencionada).

Acciones voluntarias: Acción mutuamente entendida y acordada. El receptor comprende la implicación de la acción y se muestra receptivo. Acción dirigida al destinatario. El destinatario dirige la forma en que se lleva a cabo la acción. Acción dirigida por el profesional. El practicante lleva a cabo la acción. Las realidades. Una vez que la enfermera determina el propósito central y ha desarrollado la prescripción, considera las realidades.

2. Conceptualización de Weidenbach de la práctica y el proceso de enfermería. La práctica de la enfermería es un arte, cuya acción de enfermería se basa en los principios de la ayuda. Consta de 4 acciones.

1. Reflejo (espontáneo).
2. Acondicionado (automático).
3. Impulsivo (impulsivo).
4. Deliberado (responsable)

1.- Según la teoría ya mencionada, los conceptos de la disciplina se describen de la siguiente manera:

**Salud:** Se define como un bienestar total tomando al individuo como un ser holístico, analizando sus aspectos tanto biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

**Cuidado:** El cuerpo de enfermería se centraba en localizar las necesidades del individuo, y de esta manera ejercer todo su potencial en conocimientos de salud con el fin de aumentar o mejorar su completo bienestar, y de esta manera reinsertarlo en la sociedad.

**Persona:** Cada persona (ya sea enfermera o paciente), está dotada de un potencial único para desarrollar los recursos de auto sustentabilidad. La gente en general tiende hacia la independencia y el cumplimiento de las responsabilidades. Conciencia de sí mismo y auto – aceptación es fundamental a la integridad personal y la autoestima. Todo lo que un individuo hace en un momento dado representa el mejor criterio para esa persona en ese momento.

**Entorno:** Es el contexto en el que está situada la persona, es decir, la realidad con la que convive todos los días y se relacionan conjuntamente en forma dinámica. Se toma en cuenta en su totalidad para una mejor investigación y próxima actuación en el mejoramiento de su salud.

### **La relación enfermero – paciente – familia según Wiedenbach:**

RELACION: ENFERMERO                      PACIENTE                      FAMILIA

Ernestina Wiedenbach propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante lo siguiente:

- Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar. - Exploración del significado de su comportamiento.
- Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Después de eso, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria y debe comprobar que se haya satisfecho la necesidad de ayuda.

Para que la enfermera pueda proceder en el proceso de ayuda para el paciente, debe incorporar su contexto más próximo que es la familia del mismo, que serán un pilar fundamental para la recuperación y rehabilitación del paciente. Además, dicha relación enfermero-paciente-familia debe ser bajo ciertas características:

- **Comunicación:** Acción indispensable que se debe llevar a cabo en dicha relación para aportar información, con el fin de cumplir con los objetivos previstos.
- **Educación:** Se construye desde las dos partes: enfermero y paciente. Familia, ya que debe haber una interacción para que ambos puedan contribuir al mejoramiento de la salud. Además promueve a un auto-cuidado del paciente, para mejorar su calidad de vida.

## **2.2 Influencia**

Weidenbach era profesora de enfermería en Yale, específicamente en el área de maternidad, durante los años en los que estuvo trabajando en su teoría. Se benefició mucho de las ideas de Patricia James y James Dickoff. Ambos eran filósofos que daban aulas de filosofía a las enfermeras.

Es por ello que la teoría de Weidenbach tiene un enfoque holístico muy marcado. Visión que además definió las pautas de la atención que debía brindar la enfermería.

El aporte de la enfermera Ida Orlando también fue determinante en la teoría de Weidenbach. Orlando habló de la relación existente entre paciente y enfermera.

“Mi tesis es que el arte de enfermería no se compone de acciones racionales, ni reaccionarias, sino de la acción deliberada” Wiedenbach, 1964.

### **2.3 Hipótesis:**

Conocer las intervenciones de enfermería que se aplican en pacientes con depresión postparto en adolescentes y poder reconocer los primeros signos y factores de riesgo que desencadenan esta patología para prevenir e intervenir oportunamente a la mujer embarazada ante la sospecha de algún signo de hostilidad, ayudando así a la pronta recuperación de la salud mental y emocional evitando su agravación.

### **2.4 Justificación:**

El embarazo y el postparto son periodos de profundos cambios biológicos y psicológicos en la vida de muchas mujeres. Las reacciones transitorias de tristeza y ansiedad son comunes sin embargo hay un grupo de mujeres que sobrepasan la línea de la normalidad y la gravedad y experimentan síntomas compatibles con un trastorno mental, presentando recaídas constantes y persistentes.

Actualmente la depresión postparto es una de las enfermedades más frecuentes que comprende el postparto, en las últimas décadas la falta de estudios sobre esta ha propiciado que los trastornos mentales durante el embarazo y el puerperio no recibieran ni el diagnóstico ni la intervención correcta por ello es fundamental las acciones que se tomen para mejorar la intervención de enfermería en primera instancia con la madre, en las que se incluyen el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la depresión posparto.

El impacto que cause en cada mujer será distinto según los rasgos de personalidad, la edad, las estrategias de afrontamiento, y los recursos de apoyo disponibles para la mujer. Partiendo en primera instancia de la vulnerabilidad emocional de alto riesgo en adolescentes se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión.

Partiendo de la ausencia de publicaciones sobre depresión postparto y hostilidad como factor de riesgo de morbilidad materna, la presente investigación se centra en este aspecto.

## **2.5 Planteamiento de problema:**

La depresión postparto es una enfermedad común que afecta a un porcentaje alto de la población femenina tras el nacimiento de un hijo, sin embargo esta enfermedad que se le resta importancia en el sector salud y no se le presta la atención debida puede agravarse poniendo en riesgo la salud de la madre, el recién nacido así como el entorno familiar.

En la presente investigación se pretende dar a conocer las intervenciones de enfermería que se les proporcionan a las mujeres que comprenden la etapa adolescente con depresión postparto, así como las generalidades de esta afección, además de conocer el tratamiento, rehabilitación y el desafío que representa en nuestro país.

## **2.6 Objetivos**

### **2.6.1 GENERAL:**

Identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en las mujeres embarazadas, en periodo prenatal para una detección oportuna y prevenir posibles complicaciones de esta misma.

### **2.6.2 ESPECÍFICO:**

- Implementar intervenciones de enfermería para la detección y prevención de la depresión posparto.
- Educar y sensibilizar a la población en general acerca de la depresión posparto.
- Mantener un entorno familiar saludable para la madre para la pronta acogida del bebe en la casa.
- Evitar cualquier tipo de rechazo y hostilidad por parte de la madre hacia él bebe.
- Ayudar a los profesionales de la salud para apoyar a las mujeres y su(s) pareja(s) en la toma de decisiones informadas.

## 2.7 Método:

El tipo de estudio elegido para el desarrollo de dicha investigación, es metodológicamente descriptivo con un enfoque cuantitativo.

Es descriptivo ya que nos ayuda a describir un hecho, en nuestro caso es la Frecuencia con que se presenta la depresión posparto en las adolescentes puérperas.

Se tomara un enfoque cuantitativo, donde se gestionara al personal del sector salud, médico y enfermería ante conocimientos teóricos, cuidados inmediatos y tardíos en las puérperas con depresión posparto.

## 2.8 Variables:

La capacitación dentro del personal de enfermería es independiente por lo tanto existen personas de distintos conocimientos y las variable independiente y dependiente nos ayuda al reconocimiento he intervención de la depresión posparto y cambiara el modo de atención, tratamiento y rehabilitación dependiendo del conocimiento de cada uno de los integrantes del personal, y por lo tanto aquí analizamos si es necesaria la propuesta de capacitación o no.

**Independiente:** Complicaciones inmediatas y tardías asociadas a la depresión posparto.

- Personal de la salud, aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad el bienestar físico y psicológico del paciente.

## 2.9 Encuesta y Resultados

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre cuanto sabe el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud hacer del tema de depresión posparto. El cual se presenta a continuación

### INSTRUCCIONES:

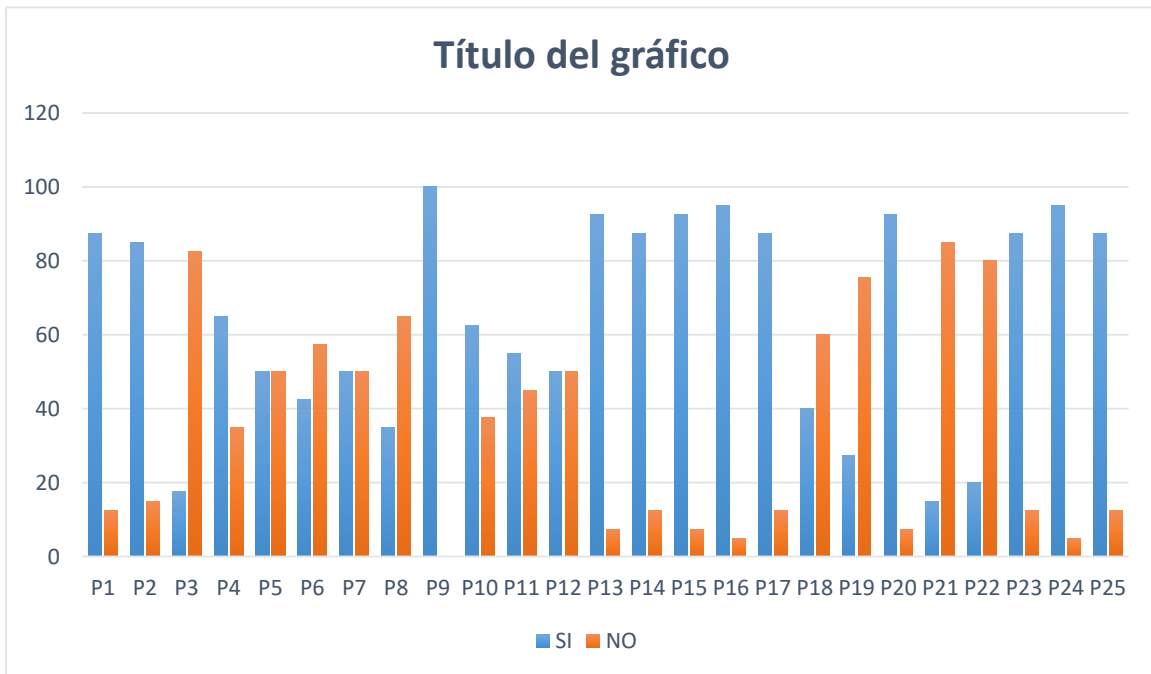
Este cuestionario consta de 50 preguntas con afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellas cuidadosamente. Luego elija una afirmación y marque con una X la casilla correspondiente.

PREGUNTAS	SI	NO
1.- ¿Conoces que es la depresión posparto?	87.5%	12.5%
2.- ¿Considera usted que requiere de una atención inmediata?	85%	15%
3.- ¿Ha tratado a alguien con esta patología?	17.5%	82.5%
4.- ¿Considera usted que es una patología que se presenta con frecuencia?	65%	35%
5.- ¿Conoces cuáles son los síntomas y signos de esta?	50%	50%
6.- ¿Conoce usted las intervenciones dentro de esta patología?	42.5%	57.5%
7.- ¿Conoces cuáles son las señales de alarma?	50%	50%
8.- ¿Conoce cuál es la clasificación de la depresión posparto	35%	65%
9.- ¿Considera usted que influya en el entorno familiar?	100%	0%
10.- ¿Considera usted que pase desapercibida esta patología?	62.5%	37.5%
11.- ¿Sabe cuáles son las causas que la desencadenan?	55%	45%
12.- ¿La depresión posparto ¿tiene predisposición hereditaria?	50%	50%
13.- ¿considera usted que esta patología pone en riesgo el vínculo madre e hijo?	92.5%	7.5%
14.- ¿El embarazo adolescente predispone más a padecer esta patología?	87.5%	12.5%
15.- ¿El suicidio puede ser una causa de la depresión posparto?	92.5%	7.5%
16.- ¿Puede ocurrir una recaída tras un nuevo embarazo?	95%	5%
17.- ¿Considera usted que está en riesgo la vida del bebe?	87.5%	12.5%
18.- ¿La depresión posparto es un trastorno leve y transitorio?	40%	60%
19.- ¿se puede tomar un tratamiento antidepresivo si se está lactando?	27.5%	75.5%
20.- ¿La depresión posparto se cura?	92.5%	7.5%
21.- ¿Ha escuchado usted acerca de la escala de Edinburg?	15%	85%
22.- ¿Ha escuchado sobre la Escala de Suicidalidad de Okasha?	20%	80%
23.- ¿Los antidepresivos son adictivos?	87.5%	12.5%
24.- ¿Esta patología puede causar tendencias suicidas?	95%	5%
25.- ¿Una madre con depresión posparto también puede Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebe?	87.5%	12.5%
26.- ¿Sabe cuánto tiempo se presenta después del parto?	62.5%	37.5%

27.- ¿Los principales factores de riesgo para la depresión posparto son: la presencia de ansiedad y/o depresión?	92.5%	7.5%
28.- ¿Cree que enfermería debería estar más informado acerca de las intervenciones en pacientes con DPP?	92.5%	7.5%
29.- ¿La rehabilitación y consejería son parte del tratamiento de la depresión posparto?	95%	5%
30.- ¿Puede haber complicaciones de no tratarse a tiempo?	92.5%	7.5%
31.- ¿considera usted que es importante que se conozcan las intervenciones de enfermería en pacientes con depresión posparto?	95%	5%
32.- ¿Conoce usted a qué edad se presenta con más frecuencia esta patología?	32.5%	67.5%
33.- De acuerdo a su formación y experiencia ¿considera que el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces?	90%	10%
34.- ¿Le interesaría aprender más sobre el tema?	100%	0%
35.- ¿conoce cuál es el tratamiento más efectivo en la DPP en la adolescencia?	30%	70%
36.- ¿Es eficaz el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de depresión en adolescentes?	95%	5%
37.- ¿La terapia electro convulsiva es un tratamiento eficaz y seguro?	35%	65%
38.- ¿La terapia marital o de pareja es eficaz y debe ser considerada para pacientes con DPP?	85%	15%
39.- ¿Conoce usted cuales son las etapas por las que cursa dicha patología?	35%	65%
40.- ¿La mayoría de los medicamentos se transfieren a través de la leche materna?	85%	15%
41.- ¿ha escuchado acerca de la Ideación Suicida?	55%	45%
42.- ¿ha escuchado acerca de la distimia?	30%	70%
43.- ¿conoce cuáles son las etapas de la adolescencia?	90%	10%
44.- ¿conoce que edades comprenden la etapa de adolescencia temprana?	72.5%	27.5%
45.- ¿La depresión postparto interfiere con el proceso de apego de la madre hacia el feto?	85%	15%
46.- ¿Considera usted que la hostilidad y agresividad son rasgos de la DPP?	82.5%	17.5%
47.- ¿Durante el embarazo ocurren cambios psicológicos?	95%	5%
48.- ¿El proceso de atención de enfermería es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados?	92.5%	7.5%
49.- ¿cree usted que la Depresión posparto es un problema de salud pública?	77.5%	22.5%
50.- ¿Considera que es importante la involucración de la familia con la madre depresiva?	97.5%	2.5%



## 2.10 GRAFICAS



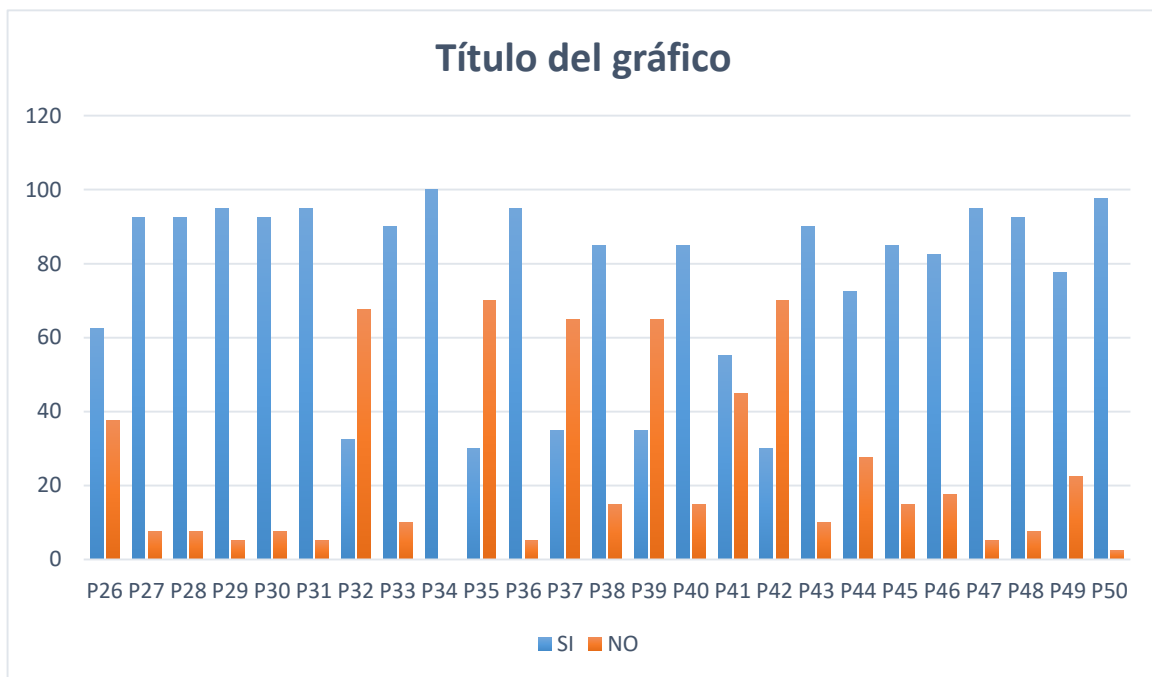
Como se muestra en la siguiente grafica los conocimientos de enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, así como de las estudiantes de la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud. Están en un estándar medio para poder atender este tipo de procedimiento.

- ❖ De las 40 personas encuestadas entre estudiantes y enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud en la pregunta 1 solo el 87.5 % sabe a qué hace referencia el término Depresión Posparto, mientras que el 12.5 % de ellos no tienen conocimiento alguno sobre el termino Depresión posparto.
- ❖ En la pregunta 2 de los usuarios encuestados solo el 85% considera que esta patología requiere de una atención inmediata mientras que el 15% considera que no es una patología que requiera de atención inmediata.
- ❖ En la pregunta 3 el personal de salud encuestado solamente el 17.5% ha tratado a alguien con DPP mientras que el 82.5% no lo ha hecho lo cual nos indica que es una patología la cual es inusual que se presente en el hospital de nuestra señora de la salud.

- ❖ En la pregunta 4 el 65% del personal del área de la salud estima que es una patología que se presenta con frecuencia en la consulta externa mientras que el otro 35% considera es una patología poco frecuente.
- ❖ En la pregunta 5 se puede observar que solo el 50% de los usuarios encuestados conocen con exactitud cuáles son los síntomas y signos representativos de esta patología mientras que el otro 50% no tiene conocimiento alguno de estos.
- ❖ En la pregunta 6 del personal encuestado se ve reflejado que el 42.5% conoce cuáles son las intervenciones dentro de esta patología mientras que el 57.5% no tiene conocimientos sobre las intervenciones.
- ❖ En la pregunta 7 se encontró que solamente el 50% de los encuestados conoce cuáles son las señales de alarma dentro de esta patología mientras que el otro 50% no tiene el conocimiento de dichas señales de alarma.
- ❖ En la pregunta 8 Solamente el 35% de los encuestados conoce cuál es la clasificación de la depresión posparto mientras que el 65% no identifica cuales son los tipos.
- ❖ En la pregunta 9 el 100% de los usuarios encuestados considera que la depresión posparto influye en el entorno familiar creando complicaciones en la mujer.
- ❖ En la pregunta 10 el 62.5% de los usuarios consideran que es una patología que con frecuencia no obtiene una detección oportuna por tal motivo pasa desapercibida por muchos profesionales de la salud mientras que el 37.5% no considera que pase desapercibida por los profesionales de la salud.
- ❖ En la pregunta 11 solamente el 55% de los encuestados tiene el conocimiento de las causas que desencadenan la depresión posparto mientras que el 45% no tiene conocimiento.
- ❖ De la pregunta 12 solamente el 50% de los usuarios encuestados considera que la depresión posparto tiene predisposición hereditaria mientras que el otro 50% considera que no tiene predisposición hereditaria.
- ❖ En la pregunta 13 el 92.5% de los encuestados considera que esta patología pone en riesgo el vínculo madre e hijo y el 20% considera que no pone en riesgo el vínculo.

- ❖ En la pregunta 14 se observa que 87.5% de las personas encuestadas consideran que el embarazo adolescente predispone más a padecer esta patología mientras que el 12.5% no lo considera un factor predisponente para esta patología.
- ❖ En la pregunta 15 el 92.5% considera que el suicidio puede ser una causa de la depresión posparto mientras que el 7.5% considera que no lo es.
- ❖ En la pregunta 16 el 95% de los usuarios encuestados creen que puede ocurrir una recaída tras un nuevo embarazo mientras que el 5% considera que no ocurren recaídas tras otros embarazos.
- ❖ En la pregunta 17 el 87.5% de los encuestados considera que está en riesgo la vida del bebe mientras que el 12.5% no considera que está en riesgo él bebe.
- ❖ En la pregunta número 18 el 40% de las personas encuestadas consideran que la depresión posparto es un trastorno leve y transitorio mientras que el 60% no lo consideran un trastorno transitorio.
- ❖ En la pregunta número 19 el 27.5% de los usuarios encuestado considera que si se puede tomar un tratamiento antidepresivo si se está lactando sin provocar algún riesgo para él bebe mientras el 75.5% de los usuarios consideran que si es perjudicial el tratamiento para él bebe.
- ❖ En la pregunta 20 se observa que el 92.5% de las personas encuestadas de acuerdo a sus conocimientos consideran que la depresión posparto si se cura mientras que el 7.5% no considera que se pueda curar.
- ❖ En la pregunta 21 se muestra como solamente el 15% de los usuarios encuestados ha escuchado acerca de la herramienta diagnostica llamada escala de Edinburgh mientras que el 85% no sabe con exactitud a que es.
- ❖ En la pregunta 22 el 20% de las personas encuestadas ha escuchado sobre la Escala de Suicidalidad de Okasha mientras que el 80% no tiene conocimiento sobre esta escala.
- ❖ En la pregunta 23 el 87.5% de los usuarios encuestados considera de acuerdo a sus conocimientos dentro del área de la salud que los antidepresivos son adictivos mientras que el 12.5% considera que no son adictivos.

- ❖ En la pregunta 24 el 95% de las personas encuestadas considera que esta patología tiene una tasa muy alta de causar tendencias suicidas mientras que el 5% considera que no causa tendencias suicidas.
- ❖ En la pregunta 25 se muestra con claridad como el 87.5% de los encuestados consideran que una madre con depresión posparto puede ser incapaz de cuidar de sí misma así como de su bebe mientras que el 12.5% considera que la madre no es incapaz de cuidar de sí misma.



- ❖ En la pregunta 26 el 62.5% del personal encuestado sabe en cuánto tiempo se presentan los primeros síntomas de la depresión después del parto, mientras que el 37.5% no sabe el tiempo de aparición.
- ❖ En la pregunta 27 hay una gran equivalencia donde nos muestra que el 92.5% de los encuetados conoce los principales factores de riesgo para la depresión posparto y el otro 7.5% no conoce los factores de riesgo.
- ❖ En la pregunta 28 el 92.5% de los encuestados cree que el personal de enfermería debería estar más informado acerca de las intervenciones en pacientes con DPP mientras que el 7.5% cree que no.

- ❖ Se observa en la pregunta 29 como el 95% de los encuestados consideran que es muy importante la rehabilitación y consejería como parte del tratamiento de la depresión posparto mientras que el 5% considera no muy factible ese tratamiento contra la depresión.
- ❖ En la pregunta 30 se puede observar como el 92.5% de las personas encuestadas consideran que puede haber complicaciones de no tratarse a tiempo y el 7.5% no está de acuerdo con esta interrogante.
- ❖ En la interrogante 31 el 95% de los usuarios encuestados consideran que es importante que se conozcan las intervenciones de enfermería en pacientes con depresión posparto mientras que el otro 5% no está de acuerdo con esta interrogante.
- ❖ En la pregunta 32 que el 32.5% de los encuestados conocen cuál es la edad en la que se presenta con más frecuencia esta patología mientras el 67.5% no conoce ese dato.
- ❖ En la pregunta 33 nos hace referencia a que el 90% de los usuarios saben de acuerdo a su formación y experiencia que el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces y el 10% no sabía de este hecho.
- ❖ En la pregunta 34 observe que el 100% de los usuarios encuestados se encuentran interesados en aprender más sobre el tema.
- ❖ En la pregunta 35 el 30% de los encuestados de acuerdo a sus conocimientos en el campo conocen cual es el tratamiento más efectivo contra la DPP en la adolescencia y el 70% no conoce el tratamiento.
- ❖ En la pregunta 36 el 95% de los usuarios encuestados cree que es eficaz el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de depresión en adolescentes mientras que un 5% no cree que sea eficaz para su reducción.
- ❖ En la pregunta 37 el 35% de los encuestados considera que la terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz y seguro para la depresión posparto mientras que el 65% está en total desacuerdo con la terapia.
- ❖ En la pregunta 38 el 85% de los usuarios consideran la terapia marital o de pareja eficaz para pacientes con DPP y el 15% no la considera relevante.

- ❖ En la pregunta 39 el 35% de los encuestados conoce cuales son las etapas por las que cursa esta patología y el otro 65% no conoce de ellas.
- ❖ En la pregunta 40 él 85% de los encuestados consideran que la mayoría de los medicamentos se transfieren a través de la leche materna y el 15% consideran que no se transfieren a la leche.
- ❖ En la interrogante 41 el 55% del personal encuestado ha escuchado acerca de la Ideación Suicida y el 45% nunca había escuchado acerca del término.
- ❖ En la pregunta 42 un 30% del personal encuestado ha escuchado acerca de la distimia y el 70% no se encuentra familiarizado con el término.
- ❖ En la pregunta 43 nos dice que el 90% considera conocer cuáles son las etapas de la adolescencia y un 10% no conoce dichas etapas.
- ❖ En la pregunta 44 el 72.5% de los encuestados conocen que edades comprenden la etapa de adolescencia temprana y el 27.5% no conoce dichas edades.
- ❖ En la Pregunta 45 el 85% considera que la depresión postparto interfiere con el proceso de apego de la madre hacia el feto mientras que y el 15% no considera que se interfiera el proceso de apego.
- ❖ En la pregunta 46 el 82.5% del personal encuestado considera que la hostilidad y agresividad son rasgos de la DPP mientras que el 17.5% no está de acuerdo con dicha información.
- ❖ En la interrogante 47 el 95% de los encuestados afirma que durante el embarazo ocurren cambios psicológicos mientras que el 5% niega dichos cambios durante el embarazo.
- ❖ En la pregunta 48 el 92.5 del personal interrogado conoce el concepto del proceso de atención de enfermería mientras que el 7.5% no conoce dicho concepto.
- ❖ En la pregunta 49 el 77.5% de los usuarios creen que la depresión posparto es un problema de salud pública y el 22.5% no lo considera un problema de salud pública.
- ❖ En la pregunta 50 el 97.5% del personal de salud encuestado considera que es importante la involucración de la familia con la madre depresiva para su pronta recuperación y el 2.5% nos dice que no es indispensable.

### 3: CONCEPTUALIZACIÓN

**3.1 El Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática

**Rol Profesional:** La enfermera suple o ayuda al individuo a realizar las actividades necesarias para conseguir su salud como: Suplencia: En enfermedad grave, inconsciencia, recién nacidos etc.

**Las Intervenciones** (*actividades o acciones enfermeras*), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

**Una Intervención de Enfermería directa** es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

**Una Intervención de Enfermería indirecta** es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

**Apoyo emocional:** Con el apoyo emocional me refiero a la capacidad de hacerle sentir al usuario querido, escuchado, útil y poder proporcionarle cierto «bienestar».

## **Existen diferentes tipos de apoyo social:**

El emocional se compone de la empatía, el cuidado, la confianza... a veces es el más importante, y el que más necesita una persona.

**El Duelo:** Es un proceso interno que se produce ante la pérdida de una relación afectiva, sea del tipo que sea, pudiendo ir desde la pérdida de un trabajo, un cambio de residencia, la ruptura de una relación de pareja hasta la muerte de un ser querido.

**Adaptación:** Es acción de adaptar o adaptarse. El término adaptar es acomodar o ajustar una cosa. La palabra adaptación es de origen latín “adaptare” que significa “ajustar una cosa u otra”, “aptare” que figura “ajustar o aplicar

**El ser humano es un ser adaptable a todas las situaciones.** En virtud, de que en la vida se genera cambios

**Entorno:** Es el conjunto de condiciones externas que influyen en el estado de salud y en el desarrollo del individuo.

**Adolescente:** La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son de profundo cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.



## **El papel clave de las experiencias de desarrollo**

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

## **Presiones para asumir conductas de alto riesgo**

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual.

### **3.1.1 etapas de la adolescencia**

**La adolescencia generalmente se divide en tres:**

- **Adolescencia temprana**
- **Adolescencia media**
- **Adolescencia tardía.**

#### **Adolescencia temprana**

La adolescencia temprana generalmente tiene lugar desde los 10 y 11 años hasta los 13. Esta es la etapa de transición de niños a adolescentes y en la que se comienzan a ver los primeros cambios notorios en el desarrollo de los niños, y que van sucediendo de una forma acelerada.

Durante la adolescencia temprana, ocurre el famoso "estirón puberal", en el que los huesos del cuerpo comienzan a crecer de forma rápida. En esta etapa, el cuerpo también ya ha comenzado a fabricar las hormonas sexuales, que son las responsables de otros cambios físicos que se presentarán de forma progresiva, como el desarrollo mamario y la menstruación en el caso de las chicas, y el aumento de volumen testicular y del pene, en el caso de los chicos.

#### **Adolescencia media**

En la adolescencia media, que se sitúa entre los 14 y 16 años de edad, el cuerpo sigue creciendo y cambiando (recordemos que cada niño y adolescente se desarrolla a su propio ritmo), pero de forma más lenta, ya que la mayoría de los cambios bruscos propios de la pubertad han terminado o están muy avanzados.

Ahora es cuando tienen mayor lugar los cambios a nivel psicológico y se desarrolla el pensamiento abstracto. Los adolescentes comienzan a pensar en las implicaciones futuras y están en la búsqueda de su propia identidad, construyendo una imagen de sí mismos para proyectar a los demás.

## **Adolescencia tardía**

La adolescencia tardía, que tiene lugar entre los 17 y 19 años de edad, pero puede extenderse hasta los 21, es cuando finalmente termina el desarrollo físico y sexual, y se alcanza una maduración psicológica en la que los adolescentes comienzan a preocuparse de una forma más consciente por su futuro.

### **3.1.2 Embarazo:**

Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) hasta el momento del parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días.

En cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

#### **Embarazo Precoz:**

El embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en la pubertad o en la adolescencia de una mujer. Por lo general, la pubertad se origina a partir de los 9 años en niñas y 11 años en niños finalizando entre los 14 y 15 años de edad.

El embarazo precoz incrementa el riesgo de aborto espontáneo o nacimiento prematuro del bebé. En algunos de los casos se produce mediante situaciones de violencia física, psicológica o sexual. La mayor parte de estos embarazos no son planeados ni deseados, originando situaciones complicadas a nivel biológico, económico, psicológico y social.

### **Posparto o puerperio:**

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

### **El puerperio comprende diferentes etapas:**

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas después de parto.
- **Puerperio mediato:** se extiende desde el segundo al décimo día.
- **Puerperio alejado:** concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- **Puerperio tardío:** puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta Por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

Si no hay complicaciones, el puerperio será estrictamente fisiológico, lo que supone que el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios físicos encaminados a devolver la normalidad a todo su organismo:

- **Eliminación del agua:** aumenta la eliminación del agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.
- **Pérdida de peso:** el parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto.
- **Cambios en el aparato circulatorio:** se recupera una frecuencia cardiaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes.
- **Cambios hormonales:** al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin embargo, aumenta significativamente la secreción de prolactina en tanto se mantiene la lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual.

## **Salud según la OMS:**

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

### **3.1.3 Hostilidad:**

Del latín *hostilitas*, **hostilidad** es la **calidad de hostil**, que indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo.

La hostilidad, para Buss (1961), es una actitud que implica el disgusto y la evaluación cognitiva hacia los demás.

Para Smith (1994), la hostilidad es una variable cognitiva caracterizada por la devaluación de la importancia y de las motivaciones ajenas, por la percepción de que las otras personas son una fuente de conflicto y de que uno mismo está en oposición con los demás, y el deseo de infligir daño o ver a los demás perjudicados.

Por consiguiente, podemos definir la agresividad como un sistema de procesamiento de informaciones aversivas sobre otros que permiten movilizar anticipadamente acciones preventivas.

### **Agresividad física**

La agresividad física es aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones y otras formas de maltrato físico utilizando su propio cuerpo o un objeto externo para infligir una lesión o daño (Solberg y Olweus, 2003).

### **La agresividad verbal**

Se manifiesta a través de insultos, amenazas, etc. Implica sarcasmo, burla, uso de moteos o sobrenombres para referirse a otras personas, extensión de rumores.

## **Ira**

La ira, cólera, rabia, enojo o furia es una emoción que se expresa a través del resentimiento o de la irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y de los niveles de adrenalina y noradrenalina.

La ira constituye un sentimiento que aparece como consecuencia de las actitudes hostiles previas (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Otros autores

## **Ansiedad:**

Es un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos, en el cual existe un alto grado de actividad del sistema periférico.

### **3.1.4 Estado de ánimo:**

El estado de ánimo es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo. Es un estado, una forma de estar o permanecer, que expresa matices afectivos y cuya duración es prolongada, de horas o días. En el lenguaje popular se habla de ánimo o humor, en el lenguaje científico, se habla de Timia (estado), de función tímica, de afectos (estados psíquicos que expresan matices afectivos).

Los adolescentes con pesimismo excesivo describen sentimientos de desesperanza respecto al futuro y sienten que no vale la pena esforzarse por nada. Están convencidos de que "no son buenos", que el mundo es un lugar difícil, que son incapaces de hacer cambios al respecto y sienten desesperanza y fragilidad.

## **Humor depresivo o distimia:**

Los afectos depresivos expresan matices desde la morosidad, de la languidez, de la nostalgia, de la ideación suicida, del desaliento, hasta la depresión más auténtica y más profunda, estado de tristeza patológica y de dolor moral. Esta disforia se acompaña de un sentimiento de desvalorización de sí mismo, de pesimismo, de cansancio y de inhibición.

**Humor expansivo o hipertimia:**

Expresa matices de la satisfacción, del bienestar, de la felicidad, de la euforia hasta el éxtasis. Esos estados de exaltaciones tímicos son de grados muy diversos, desde la hipomanía habitual de algunos sujetos hiperactivos hasta la gran excitación tímica, ideática y motora de la manía aguda. Algunas intoxicaciones (alcohol, éter, anfetaminas) pueden dar lugar a unas exaltaciones tímicas pasajeras.

**El humor neutro o "eutimia":**

Algunos estados afectivos se caracterizan a la inversa de los precedentes por una frialdad, una neutralidad, una atonía, por el carácter indiferenciado del humor, el cual parece inaccesible a los estímulos habituales. Un humor totalmente neutro supondría una indiferencia total y no se observa en condiciones psicológicas normales, por ello el término "eutimia" designa habitualmente estados de ánimo normales y excepcionalmente estados de ánimo neutros por ser más infrecuentes, como en esquizofrénicos, donde se observan casos de embotamiento tímico (aplanamiento afectivo), de indiferencia aparente, alternando a veces con unos accesos depresivos o eufóricos.

## 3.2 clasificación de la depresión posparto

La depresión es una enfermedad común en la mujer adulta ya sea en edad reproductiva, menopausia, embarazo y puerperio.

Los cuadros afectivos relacionados con el periodo posparto, se pueden clasificar en tres grupos principales según la literatura. Y es imprescindible diferenciarlos entre sí, debido a que requieren un manejo distinto.

- **Tristeza posparto o baby Blues.**
- **Depresión posparto.**
- **Psicosis posparto.**

### 3.2.1 Tristeza posparto:

Tristeza por el recién nacido o “baby blues”: Es un estado pasajero que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto, se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio.

La tristeza posparto generalmente solo dura unos días, después los síntomas se desvanecen tan rápidamente como aparecieron.

Generalmente se espera de cada mujer que acaba de dar a luz se sienta feliz y contenta pero en muchos casos después de uno o pocos días del nacimiento aparece en la madre una extraña melancolía una tristeza una sensación de insatisfacción y de vulnerabilidad que se le asusta y alarma es lo que nos los ingleses denominan baby blues o materníty plus blue significa tristeza que afecta a un gran número de madres.

Los especialistas apuntan a una relación directa entre la tristeza posparto y los cambios hormonales tan bruscos, que tienen lugar en la mujer durante el posparto. La falta de comprensión y apoyo por parte del cónyuge durante el embarazo, podría ser otro factor implicado en su aparición. De cualquier modo, suele ser un trastorno leve de duración auto limitada. En un porcentaje escaso de mujeres que lo padecen puede ser el inicio de un trastorno depresivo más grave.



Los blues posparto pueden comenzar con sentimientos de rechazo por poca atención del médico la pareja que llega tarde a la visita o a la enfermera indiferente entre otros pero también por sentimientos de inadecuación problemas de dar pecho o leche insuficiente durante los días posteriores al nacimiento de un bebé en muchas ocasiones las mujeres experimentan una emotividad especial caracterizada por episodios de llanto labilidad emocional irritabilidad ansiedad cefalea falta de memoria incomodidad.

Pitt 1973 quién lo escribió en primer lugar como síndrome transitorio que incluye ansiedad y confusión le ve así como depresión y tristeza denominándolo blue es posparto en el cual el nacimiento la crianza de un hijo en algunas mujeres es inicio de dificultades emocionales prolongadas y de episodios recurrentes de trastornos depresivos, el blue suele comenzar durante el segundo al tercer día del puerperio duración no sobrepase nunca los primeros 15 días posteriores al parto y en muchos casos se resuelve de forma espontánea durante la primera semana tiene pocas consecuencias negativas y se considera como una secuela normal del parto donde síntoma principal es la tristeza acompañada del llanto irritabilidad aislamiento tensión ansiedad cefalea algunos de estos síntomas que aparecen prácticamente en la mayoría de las mujeres por lo cual se cree que las madres suelen responder bien al reposo adicional a la seguridad de todos ellos Es normal que pasará y a las tensiones de los familiares quienes suelen proporcionar apoyo emocional e instrumental.

Respecto a los factores etiológicos implicados en la aparición de los blue son algunos cambios hormonales que se producen en la mujer durante el posparto asociados con niveles de progesterona FSH estrógenos prolactina cortisol y la hormona tiroidea hasta la actualidad no se ha podido determinar ningún factor que de manera exclusiva se relacione con la aparición de los blues posparto.

los bebés también se relacionan al estilo de la crianza que se considera sobreprotectora restrictiva de libertad y una relación de pareja carente de comprensión aunque la mayoría de los casos se trata de un trastorno leve auto limitado en algunas ocasiones el Blues puede suponer el inicio de un trastorno más grave particularmente en las mujeres con antecedentes de trastornos afectivos este

tipo de depresión aparece ser mayor que la depresión en otro momento de la vida así quienes experimentan los blues pueden ser ayudadas con técnicas de relajación y aumento de las actividades placenteras.

### **Tristeza:**

Tristeza es un estado anímico que ocurre por un acontecimiento desfavorable que suele manifestarse con signos exteriores como el llanto, pesimismo, melancolía, falta de ánimo, baja autoestima, en otros estados de insatisfacción.

La palabra tristeza proviene del latín *tristitia*

Presenta una prevalencia de 30-75% en las mujeres, con inicio durante los primeros 3 a 4 días postparto y con una duración de horas a días, no más de 2 semanas. Los síntomas son leves, entre ellos labilidad emocional, facilidad para el llanto, irritabilidad, problemas de sueño y apetito.

Éste trastorno no requiere tratamiento, ya que es auto limitado. Sin embargo es importante diagnosticarlo debido a que presenta un riesgo aumentado de evolucionar a DPP y hasta un 20 % de las mujeres lo desarrollan en el primer año postparto.

La falta de información sobre el post-parto, la soledad y la carencia de apoyos son otros factores que pueden influir en la intensidad y duración del "Maternity Blues". Es importante que las familias tengan un apoyo en casa y en la comunidad durante este período para evitar impactos negativos en la madre, bebé y demás miembros.

### **3.2.2 Psicosis Postparto:**

Es el trastorno afectivo más severo en el postparto, sin embargo es poco común, con una prevalencia de 0.1% -0.2%, ocurriendo aproximadamente en cada 1-2 casos por 1000 partos. El inicio suele ser rápido entre las primeras 48 a 72 horas postparto y hasta las 2 semanas. Presentando una duración de semanas y la sintomatología se caracteriza por episodios de depresión o estados de euforia, labilidad emocional, ilusiones y alucinaciones. La mayoría de los casos requieren tratamiento médico y hospitalización. Cierta evidencia sugiere que los casos de psicosis puerperal, cumplen criterios de trastorno bipolar y aunque el pronóstico es muy favorable, las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar episodios de bipolaridad no puerperales.

Psicosis del posparto en ocasiones puede haber días que no pare de llorar en los cuales la púerpera tendrá un comportamiento depresivo puede conducir en algunos casos a una verdadera psicosis con depresiones importantes que pueden conducir al suicidio la psicosis postparto aparecen otro extremo se refiere a una desorden psiquiátrico severo y relativamente raro que incapacita y que usualmente requiere hospitalización la psicosis en el periodo puerperal se define como todo cuadro que se presenta en un inicio del embarazo a los 42 días siguientes del término del parto.

(Boyd 1942) considera que la psicosis se puede presentar en un período de 90 días dando que los factores de riesgo pueden suceder en este lapso que es lo que dura el puerperio

Etiología existen pocos estudios que describen los factores causales de un episodio en el puerperio sé qué que hay factores tales como la ansiedad los conflictos inconsistentes las necesidades no satisfechas de maduración y los rasgos de personalidad que pueden ser elementos que desencadenan episodios psicóticos durante el período posterior al parto.

### 3.2.3 Depresión Postparto:

Es la complicación más común del postparto, afectando aproximadamente un 10 a 15%. La prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26% de aparición.

La depresión postparto suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece a las 2-4 semanas posteriores al parto. La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo, En el DSM-IV.

El cuadro inicia ente las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses postparto y presenta una duración de semanas a meses.

La clínica en la depresión postparto presenta síntomas como llanto, labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida de apetito y trastornos del sueño, perdida de concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM IV, los síntomas deben persistir por más de 2 semanas e interferir con las funciones de la madre. Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de ésta etapa de la vida, sin embargo presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general. Las mujeres con depresión postparto constituyen un grupo muy heterogéneo, ya que se puede presentar como madres que presentan una distimia crónica, una depresión pre parto no diagnosticado y depresión bipolar. El diagnóstico es un gran reto, ya que muchos de los síntomas también se pueden confundir con cambios normales postparto o secuelas del embarazo y pasan desapercibidos sin indicación de tratamiento.

### 3.3 Características

La depresión perinatal es un término usado para describir un episodio de depresión mayor durante el embarazo (también referido como el período ante parto 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”

Aparece la primera definición del “trastorno depresivo de inicio en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo.

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos.

Aun cuando el DSM-IV se especifica el inicio del ataque de una depresión en las primeras cuatro semanas en la práctica clínica se observa un periodo más largo del desarrollo del comportamiento que en la mayoría de las mujeres desarrollan conductas de depresión desde la primera semana hasta el noveno mes después del parto y se llega a considerar en casos extremos que puede durar desde 6 meses hasta un año de esta manera también podemos encontrar en el DSM-IV un rango de categorías de diagnóstico que son identificados de un trastorno depresivo señalando a los episodios depresivos como caracterizados por varios componentes que incluyen el estado ánimo deprimido o triste la marcada pérdida de interés en todas las actividades y experimentar al menos cuatro de las siguientes conductas pérdida o ganancia significativa de peso insomnio e hipersomnia agitación o alentamiento psicomotor fatiga o pérdida de la energía sentimientos de inutilidad o culpa disminución de la capacidad para pensar o concentrarse pensamiento suicidas.

La depresión posparto se caracteriza por ser una depresión mayor donde la melancolía letargo y la falta de interés por la vida que se apodera de la madre inesperadamente acompañada de sentimientos de tristeza culpa desprecio ansiedad llanto incontrolable y pensamientos suicidas dificultad en la concentración y decisión

perturbaciones del apetito y sueño falta de interés y energía incluso irritabilidad hacia los demás.

En algunos estudios definen la interacción de la madre deprimida y su hijo durante los primeros meses como negativa ya que su estilo de crianza se caracteriza por un menor afecto cuidado hacia los hijos menos responsivas y menos sensibles a las señales infantiles emocionalmente menos disponibles tienen logro del papel maternal menos exitoso y tienen hijos que son menos afectuosos aun cuando atienden pensamientos de dañar a sus hijos y a todo ello se suma una sensación de luto cuando se presenta una discapacidad en el hijo.

Las mujeres deben mostrar uno (o más síntomas) como:

- Marcada inestabilidad afectiva, irritabilidad
- Enojo o aumento de conflictos interpersonales
- Marcado estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza o pensamientos autodestructivos.
- Marcada ansiedad, tensión o sentimientos de estar “dominado”
- Anhedonia (incapacidad para experimentar placer)
- Dificultad en la concentración
- Fatiga, letargo, falta de energía
- Hipersomnia
- Sensibilidad en los senos
- Aumento de peso

### 3.4 Características de la función materna

Cuando Winnicott habla de una madre suficientemente buena, tiene que ver con una madre capaz de desarrollar las funciones maternas pero que también pueda frustrar, para que el niño pueda transitar desde una dependencia absoluta hasta un estado de independencia. La madre tiene un rol importante, al proveer al niño los elementos de realidad con que construir la imagen psíquica del mundo externo.

Se pueden identificar tres categorías en la función de una madre suficientemente buena.

La primera es el sostenimiento (holding), que se refiere a la manera en que la madre toma en sus brazos al lactante. Sostenerlo de manera correcta es un aspecto básico del cuidado y frente a una incorrecta conducta materna o falla en esta categoría se generan en el niño reacciones diversas, provocándole una intensa angustia, creando en él la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente y el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración.

La segunda categoría es la manipulación, la cual contribuye a que en el niño desarrolle una asociación psicósomática que le permite percibir “lo real” como opuesto a “lo irreal”. Cuando hay una falla, afecta la capacidad del niño para gozar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia del ser y repercute en el desarrollo del tono muscular y la “coordinación”.

La última categoría es la mostración de objetos o realización, y promueve en el lactante la capacidad de relacionarse con los objetos. Es hacer real el impulso creativo del niño. Las grietas en ésta categoría bloquean la capacidad del niño de sentirse real al relacionarse con su contexto.

Con el nacimiento del bebé la madre debe adaptarse casi completamente a las necesidades del niño, para lograr que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones.

Para Winnicott la madre “buena”, es aquella que cuenta con la capacidad de adaptarse activamente a las necesidades del bebé; capacidad que Influencia de la

depresión posparto en la conducta de materna de madres primíparas - 12 - surge de su devoción o dedicación y que es facilitada por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos.

Tal vez el rasgo predominante de la madre sea su disposición y su capacidad para despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna llamado “preocupación materna primaria”. Esto es lo que confiere a la madre su capacidad especial para hacer lo adecuado: ella sabe exactamente cómo se siente su hijo (Winnicott, 1984).

Sin embargo, la madre se permite ciertas fallas en su adaptación, fallo graduado de adaptación, porque la actividad mental del bebé le permite tolerar y entender estas fallas. Los procesos intelectuales del niño convierten el fallo de adaptación en un éxito, liberando a la madre de la necesidad de ser casi perfecta (Winnicott, 1949).



### 3.5 Conducta de Apego y Vinculación

Los primeros años de vida adquieren un carácter crítico tanto para el desarrollo psicoafectivo del niño, como para su desarrollo neuro madurativo.

Sroufe y Waters (1977)

“El apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad”.

De acuerdo a Marrone (2001), Bowlby plantea dos cuestiones fundamentales en la Teoría del Apego. Por una parte, se pregunta acerca de por qué los seres humanos tienden a establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos con otros individuos, y por otro lado indaga acerca de cómo la alteración o la amenaza de alteración de estos vínculos puede causar alteraciones emocionales e incluso psicopatología. A partir de estas preguntas desarrolla un cuerpo teórico que ilumina el estudio de los procesos asociados a los vínculos entre madres, o cuidadores principales, y sus hijos.

Desde la Teoría del Apego de Bowlby se plantean los siguientes elementos centrales: El término conducta de apego es entendido como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (Bowlby, 1990).

De esta manera, en el planteamiento teórico de Bowlby (1990) la conducta de apego posee una dinámica propia que la diferencia de la conducta sexual y de alimentación. Sin embargo, se posicionan de igual manera en términos de importancia para la supervivencia y de mandatos biológicos, ya que mantienen al individuo en contacto con quienes le brinda cuidados, reduciendo así los riesgos para su supervivencia.

Los principales determinantes del desarrollo de la conducta de apego y de la forma en que se organiza, se refieren a las experiencias con sus figuras de apego durante los años de la infancia, niñez y adolescencia.

De acuerdo a este autor, estas pautas de apego desarrolladas en la infancia tienden a persistir y a mantenerse estables a lo largo del tiempo, internalizándose en la personalidad de la persona.

Luego de atravesar los nueve meses de embarazo la gran mayoría de las mujeres espera con un elevado nivel de ansiedad el nacimiento de su hijo, imaginando que con el parto se finaliza un largo proceso. Sin embargo, el alumbramiento marca el comienzo del puerperio, período que podría involucrar aspectos positivos pero también negativos, ya que se pueden presentar sentimientos y emociones difíciles para la madre, tales como ansiedad, miedo y ambivalencia afectiva.

### **Sistemas conductuales y motivación:**

Los sistemas conductuales o motivacionales son entendidos como un conjunto de respuestas o un repertorio de conductas que tienen el objetivo de promover la satisfacción y regulación de las necesidades básicas.

Están programados genéticamente y son modelados por el ambiente. Favorecen la supervivencia del individuo y de la especie. Algunos sistemas pueden activarse al mismo tiempo y de manera sinérgica.

### **Los sistemas son:**

1. Sistema de apego. Búsqueda protección por personas específicas.
2. Sistema de afiliación (a grupos).
3. Sistema de alimentación.
4. Sistema sexual. Sistema exploratorio

### **Estructuración de los vínculos de apego:**

El apego es el vínculo afectivo que se infiere de una tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto, etc. Subyace a las conductas que se manifiestan no de una forma mecánica sino en relación con otros sistemas de conducta y circunstancias ambientales.

Los vínculos que genera el apego se establecerían en base a tres elementos:

**Conductas de apego:** Es el resultado de las comunicaciones de demanda de cuidados. El bebé no es alguien pasivo y protagoniza gritos, sonrisas, agitación motriz, seguimiento visual y auditivo,... Permite y busca que la madre o cuidador/a principal se acerque y permanezca con él.

**Sentimientos de apego:** Es la experiencia afectiva que implica sentimientos referidos tanto a uno mismo como a la figura de apego. Introduce expectativas sobre cómo el otro se relacionará con nosotros. Una buena relación de apego comporta sentimientos de afirmación y seguridad

**Representación mental:** Es la representación interna que hace el niño de la relación de apego: los recuerdos de la relación, los “modelos operativos internos”. Son una construcción de un conjunto de representaciones interactivas que tienen cierto grado de estabilidad. Son un “trabajo” en el sentido de representaciones dinámicas que cambian para adaptarse a los diferentes periodos de los ciclos vitales.

### **3.6 Depresión materna influencia en el recién nacido**

Desde la antigüedad, autores como Freud y Winnicott, entre otros, orientaban sus trabajos a la investigación de los efectos de la relación entre infante-madre en la estructuración psíquica, sobre todo en los casos de madres deprimidas. Winnicott señalaba en 1971 que las madres que atraviesan procesos depresivos interrumpen el proceso de diferenciación y perturban la creatividad del niño.

El mundo del recién nacido se encuentra básicamente en los brazos de la madre es por ello la importancia y la influencia materna sobre su desarrollo las primeras relaciones del recién nacido se deduce a la función crucial de la madre y la influencia que ésta puede tener en el niño, encontrando numerosas características en la madre que pueden producir diferencias en el tipo de relación que ambos establezcan a su vez todo ello puede provocar diferencias en el desarrollo del niño.

La relación que establece la madre con el niño y que está determinada por diversas características individuales de la madre condicional en modelo estilo de crianza que está desarrollada con su hijo la crianza se entiende como un conjunto de comportamientos sistemáticos de la madre hacia el hijo que se realiza con el objetivo de fomentar su desarrollo y maduración está relacionada. Esta relación se caracteriza por conductas negativas de la madre hacia el hijo cómo son los comentarios críticos las actitudes de rechazo y hostilidad y el distanciamiento afectivo.

Con depresión es menos probable que una mujer que acaba de dar a luz pueda:

- Estar emocionalmente disponible para atender las necesidades del bebe.
- Interprete adecuadamente los mensajes del bebé y por tanto sea más difícil poder dar una respuesta adecuada a la necesidad.
- Atienda el cuidado en la salud del bebe.

los niños creados por más deprimidas pueden presentar un incremento de al menos un 60% el riesgo de aparecer en una depresión asimismo estos niños tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta y somáticos y problemas de atención dificultades de temperamento uniones inseguras alteraciones emocionales.

### 3.7 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.

### **3.8 Embarazo en la Adolescencia**

Se llama embarazo adolescente a la preñez del amor de las mujeres menores de 19 años de edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida sin embargo muchos psicólogos advierten en esta etapa se está ampliando algunos aseguran que ha extendido hasta los 24 años promedio esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional por lo tanto se considera un embarazo no deseable ya que esté presenta un riesgo mucho mayor tanto para la madre como para el producto en ambos casos se advierten mayores complicaciones y un índice más alto de mortalidad.

#### **3.8.1 consecuencias del embarazo adolescente**

La organización mundial de la salud considera que el embarazo durante la adolescencia es un embarazo de riesgo debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el feto además de la secuela psicosociales particularmente sobre el proyecto de vida de los adolescentes.

Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

“La adolescencia es ese campo abierto a la educación, ese tiempo de latencia social que crea la evolución de las sociedades modernas” (Philibert y Wiel, 1998).

### 3.8.2 Factores de riesgo del Embarazo Adolescente

Cuanto más joven es la madre, más peligrosa es esta situación: malnutrición, partos prematuros, niños con trastornos en el desarrollo y malformaciones y un 50 % de probabilidades más de morir en las primeras semanas de vida; en la madre: todas las complicaciones médicas del feto en desarrollo también le afectan a nivel físico, pero, además, en muchos casos suponen:

- Falta de atención médica por desconocimiento del embarazo
- Riesgo de pre eclampsia y eclampsia
- Riesgo de fístula obstétrica, una lesión invisible y con efectos devastadores sobre la vida de miles de mujeres
- Alta mortalidad de la madre
- Complicaciones debido a los abortos clandestinos, como sepsis o hemorragias graves.
- Embarazo unido a enfermedades de transmisión sexual.

Además, a nivel psicológico y social es habitual encontrarnos con:

- La falta de habilidades para enfrentar la vida adulta, el inicio precoz de la actividad sexual (<15 años).
- Abandono de los estudios, que dependerá del contexto y el nivel socioeconómico, entre otros factores.
- El trauma de un aborto provocado o espontáneo, así como los riesgos de caer en el mercado negro en países donde esta práctica no se encuentre legalizada.
- En países desarrollados, el nuevo núcleo familiar resultará, a menudo, inestable (padres adolescentes o relaciones de corta duración), mientras que, en países en vías de desarrollo, representará un mayor número de hijos.
- Problemas psicológicos: miedo a ser rechazada, ansiedad, estrés y problemas familiares, rechazo del bebé o aparición de trastornos emocionales graves.
- Mantener relaciones inestables (familias disfuncionales) o perjudiciales para la mujer debido a las necesidades económicas y afectivas.

Finalmente, entre las variables psicológicas, se conoce que los problemas de salud mental son comunes durante la adolescencia, los cuáles están en su mayoría asociados con consumo de sustancias o problemas relacionados con el estado emocional, siendo los más comunes la ansiedad y depresión.

**Factores de protección:**

Existen factores de protección para disminuir el riesgo de un embarazo adolescente como postergar la edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes, así como educar de manera adecuada a los adolescentes respecto a una sexualidad responsable, un manejo adecuado de la información del uso de métodos anticonceptivos, mayor asistencia escolar.



## 4: DEPRESIÓN POSPARTO

### 4.1 Antecedentes de la depresión postparto

El embarazo es el momento vital en el que la patología psiquiátrica tiene incidencia muy baja. No ocurre lo mismo con el puerperio, en donde aparece sintomatología nueva y se agrava procesos previos, sobre todo los trastornos bipolares.

Beck.

Sugiere que estas percepciones depresivas puede tener origen en un trastorno primario por lo menos factores que lo agravan, como una alteración en el estado de humor, ocasionando una baja emocional que suelen seguir al parto, se encuentran deprimidas y angustiadas y suelen sentir que tienen poco control sobre sus vidas. Las investigaciones hechas por Beck han establecido que los estados de ánimo de la madre depresiva afectan a la interacción con él bebe, tienden a expresar ira, tristeza o irritabilidad y se siente intrusa en la relación familiar y con su bebe no muestra interés el tiempo que pasa con este es poco.

Posteriormente suelen ser muy estrictas con los niños y suele usar métodos de disciplina punitiva y en ocasiones suele ser emotiva.

Pueden crear una atmosfera feliz parece ser contagiosa y su conducta o falta de ella influyen en el nivel de emotividad, temperamento y sociabilidad que por momentos suele desaparecer de forma repentina.

Sea demostrado que muchas mujeres deprimidas que trabajan han aprendido a enmascarar sus sentimientos de modo que es más difícil que los bebes puedan captar su estado de ánimo.

Los bebes tienen mucha capacidad de recuperación, si sus madres salen de la depresión en tres meses como sucede con la mayoría; él bebe también sale de ella, pero si la madre continua con la depresión a los 6 meses, los bebes suelen tener relaciones con sentimientos de inseguridad con el medio que los rodea.

Con todo esto Beck llega a la conclusión se origina de patrones negativos que el individuo desarrolla de sí mismo, interpretando, los hechos en forma distorsionada muy auto crítica he inconveniente, este tipo de mujeres tienen expectativas poco realistas, exagerando los fracasos, asiendo generalizaciones negativas sobre ella misma y el entorno que la rodea, interpretando como fracaso todo los que no es un éxito rotundo.

Beck. El propone una terapia que trata de ayudar a la persona deprimida a modificar los errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales de forma objetiva que son el reflejo sin razonamiento previo y suelen agravar. Propone que la paciente analice de forma más correcta la realidad, aprenda a formar ideas y pensamientos más realistas y flexibles.

El considera que las alteraciones cognitivas, son pensamientos distorsionados del propio sujeto sobre sí mismo y esto origina un factor etiológico a la depresión, el sujeto interpreta erróneamente los sucesos a menudo irrelevantes siempre de forma negativa.

La depresión estaría caracterizada por una triada cognitiva, consiste en un concepto negativo de sí mismo, las interpretaciones negativas de las propias experiencias de la visión negativa del futuro, este tipo de trastornos afectivos da origen a una enfermedad depresiva.

Este trastorno psicoactivo afecta a todas las mujeres aunque no todas lo manifiestan de la misma forma y con la misma intensidad. La depresión pos parto se considera un proceso de adaptación psicológica a su nueva responsabilidad como madre a veces es un episodio leve de tristeza y en ocasiones puede presentarse una patología psíquica severa.

En la actualidad existe cierta tendencia en nuestra sociedad a considerar que el embarazo y la maternidad son un estado de absoluta felicidad. La sociedad espera que el supuesto "instinto maternal" comience a funcionar de manera inmediata, haciendo incomprensible la posibilidad de que una mujer se sienta triste, una vez nacido su hijo (Sebastiani y Raffo Magnasco de Testa, 2004). Para explicar porque

ocurre esto es necesario realizar un abordaje abarcativo de la maternidad, incluyendo ciertos aspectos subjetivos que constituyen una poderosa fuerza, de acción o inhibición de las prácticas maternas. Como apunta Ana María Fernández (2006) todo lo que hace que una mujer se “sienta” buena o mala madre, está determinado por el juego de fuerzas sociales que operan en la subjetividad de las mujeres, que podrían estudiarse a través de los llamados “mitos” sociales de la maternidad. Nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad en torno a la idea Mujer = Madre, considerando de esta manera que la esencia de la mujer es ser madre. Sin embargo, existe una diferencia entre reproducción y maternidad. Ya que la reproducción está referida al orden de la especie, mientras que la maternidad pertenece al orden de la cultura. Por lo tanto, se considera la maternidad como función social y no como un fenómeno inherente a las mujeres y adscrito a su sexo biológico. Los mitos son considerados producciones imaginarias o creencias que operan como organizador social y los mismos se cristalizan en un relato, cuya repetición hace posible su eficacia simbólica. En la sociedad actual, los relatos se han hecho “discursos” y es desde la pluralidad discursiva que se organiza un real Mujer = Madre, que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuese. Esta realidad imposible de la mujer probablemente puede cambiarse en una realidad posible a través de la desmitificación de la maternidad, en el sentido de una madre que no abarque toda la mujer. Por medio de los avances tecnológicos, se pueden observar diversas prácticas de maternidad que darían cuenta de la relativa des implicación de los términos Mujer y Madre y una prueba de ello es la existencia de un número cada vez más elevado de mujeres que brindan una importancia fundamental al trabajo y estudio, por sobre su rol de madres (Fernández, 2006).

## 4.2 Antecedentes históricos

Los antecedentes históricos datan del 700 a.C. con la relación que establece Hipócrates entre el periodo postparto y las alteraciones del estado de ánimo, del mismo modo, Celcio y Galeno abordaban en sus textos los problemas emocionales en el puerperio. Posteriormente, la doctora Trótula en Salerno reconoce la depresión postparto por primera vez 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, forzándola involuntariamente a derramar lágrimas”.

Por otro lado, Sorano (100 d.C) la define como una situación de “frenitis aguda” entendida como una enfermedad aguda. Ya en el siglo XX vemos otras referencias a esta patología. Por ejemplo, Esquirol en 1918 describe a una mujer que tiene depresión en sus cinco embarazos, en 1952 Victoroff habla del término “Maternity Blues” y ya en 1958, Luis Víctor Marcé escribe el “Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas” que se establece como el primer tratado de psiquiatría perinatal.

Por último, podemos hablar de Pitt (1968), quien describe la depresión postparto como una depresión atípica, dado el importante componente ansioso observado, con marcada labilidad emocional e irritabilidad, sentimientos de incapacidad, confusión, así como variación diurna con empeoramiento vespertino.

Las autoras Denis C L y Hodnett E definen la depresión posparto como “un episodio depresivo no psicótico”. Por otro lado, según el DSM-V-TR, la depresión posparto está considerada como “un episodio o trastorno depresivo mayor con inicio en el posparto”.

### 4.3 Etiología

La causa exacta de la depresión posparto no está clara. No obstante, las investigaciones realizadas y los profesionales especializados en esta rama de la medicina apuntan a que hay una serie de factores que contribuyen a su desarrollo, entre ellos incluyen:

- El parto, para algunas mujeres el parto no se ajusta a sus expectativas ese sentimiento de decepción puede causar depresión algunas mujeres que han desarrollado depresión posparto, tuvieron partos traumáticos o difíciles, a la vez prematuro o con problema de salud.
- Factores biológicos, un pequeño porcentaje de las mujeres que desarrollan depresión posparto sufren un disfunción temporal de la glándula tiroidea asociada a los cambios de esta de ánimo de esto se desprende que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables a los cambios hormonales que sobreviene después de dar a luz, sin embargo, no hay ninguna prueba científica concluyente que avala esta hipótesis aunque se sigue investigando al respecto.
- Cambios en el modo de vida, el nacimiento de un hijo causa cambios profundos en la vida de la madre los recién nacidos dan mucho trabajo, puesto que precisan mucha atención constantemente hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando llora, dormirlos etc. Y todo esto resta muchas horas de sueño la madre de un recién nacido asume de repente una gran responsabilidad las 24 horas del día y por consiguiente pierde la libertad que tenía antes de dar a luz.
- La llegada de un hijo puede afectar en gran medida todas las relaciones y en ocasiones provocar una gran tensión. Este sentimiento de pérdida puede causar depresión. A veces la madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación.

- Circunstancias del carácter social, algunos hechos de la vida cotidiana, como el duelo por la pérdida de un ser querido, o la enfermedad, pueden ser fuente de estrés y tensiones, incluso antes del parto
- El desempleo y la pobreza son otros factores que pueden influir, las mujeres que están aisladas de sus familias o que no tiene un pareja en la que apoyarse pueden ser más propensas a sufrir depresión posparto.
- Ideas pre concebidas sobre la maternidad, se tiene una idea preconcebida de la madre como una persona radiante y llena de energía, que vive en un hogar perfecto con una pareja que apoya, la maternidad se percibe como algo innato, y no como algo que se pueda aprender.
- A menudo, las mujeres que atraviesan dificultades durante las semanas y los meses posteriores al parto se sienten como si fuesen las únicas que se encuentran en esa situación, esta falta de experiencia y conocimientos puede desencadenar un sentimiento sobre cogedor de incompetencia una sensación de fracaso y aislamiento todo esto puede generar un profundo malestar emocional.

#### **4.3.1 Alteraciones genéticas**

Mediante diversos estudios durante años los autores concluyen que los hallazgos son compatibles con la transmisión de un gen dominante pero el hecho de encontrar antecedentes familiares positivos tanto en pacientes con inicio temprano como en aquellos con inicio tardío sugieren o un grado de penetrancia variable del gen o más bien un patrón de herencia de tipo poli génico.

durante décadas el mayor riesgo de depresión en mujeres llevó a suponer la participación de un gen dominante en el cromosoma x pero estudios con marcadores de ADN no lo pudieron confirmar y la transmisión del padre a hijo frecuente tanto en trastorno unipolar como bipolar los estudios sobre la susceptibilidad genética en la

depresión parecen ser más conscientes en personas con 100 distintos tipos de trastorno bipolar con 9 veces más probabilidad de padecer este trastorno si se tiene antecedentes familiares.

#### **4.3.2 Alteraciones cerebrales**

Las diferencias entre el cerebro de la mujer y el hombre se refiere al volumen distribución de las neuronas el cuerpo calloso es mayor en la mujer así como la comisura anterior mientras que el hombre predomina el hemisferio cerebral derecho en la mujer es el izquierdo.

Las diferencias son muy marcada sobre todo en el llamado cerebro emocional como el sistema límbico e hipotálamo en otras regiones de la corteza cerebral una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro área frontal y área límbica motivan la aparición de un trastorno depresivo pero no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen.

##### **Corteza cerebral**

En un estudio del volumen de la corteza orbito frontal y otras subregiones pre frontales efectuado con resonancia magnética nuclear se encontró que los pacientes con depresión en tratamiento tenían un volumen 32% menor de la corteza orbito frontal (giro recto) en comparación con el grupo control, sin encontrar otras diferencias significativas en los tamaños de otras subregiones.

##### **Hipótesis de las monoaminas**

La hipótesis de las monoaminas propone que el trastorno depresivo se debe a deficiencia en los neurotransmisores serotonina (5-HT), norepinefrina y en menor grado dopamina (DA).

## 4.4 Factores de riesgo

**Historia de enfermedad previa.** Es el factor que ha demostrado un mayor riesgo de desarrollar una depresión posparto en el embarazo, en pospartos previos o en depresiones en otros momentos de la vida. Juntamente con la historia familiar de enfermedad depresiva y especialmente, depresión en el posparto en madres y hermanas.

**Síndrome premenstrual.** Las mujeres con este síndrome son vulnerables a presentar sintomatología depresiva ante los cambios en las hormonas reproductivas que se producen en el posparto.

**Hormonales.** Se considera que los factores hormonales juegan un papel importante en la depresión posparto. Ya que hay un desequilibrio hormonal que se produce durante el embarazo y posterior al parto, las hormonas como lo son los estrógenos, progesterona, el cortisol, la prolactina y función tiroidea que cumplen una función estimulante y antidepresiva, circulan abundantemente durante el embarazo y caen bruscamente después del parto. Esto origina llanto, sentimientos de angustia, tristeza y enojo.

**Experimentar acontecimientos vitales estresantes.** Durante el embarazo como, por ejemplo, una enfermedad, muerte o el sufrimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, no haber planificado el embarazo o tener sentimientos contradictorios, o bien situaciones estresantes crónicas, como falta o problemas de vivienda, económicos o estar al cargo del cuidado de familiares.

**Rasgos de personalidad extremos.** Como una elevada inestabilidad emocional y tendencia a la preocupación, a la baja autoestima o excesivo perfeccionismo, falta de apoyo familiar, amistades o pareja.

**Género.** La condición de género de las mujeres en relación a la depresión perinatal ha sido estudiada en cuanto al grado de apego al papel tradicional femenino.

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



conurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva y ansiosa.

**Situaciones de abuso o violencia.** Tanto en la infancia como en la edad adulta y, especialmente, las mujeres expuestas a maltrato de pareja durante el embarazo.

**Abuso en la infancia y adolescencia.** Estas experiencias son una de las violencias de género que más vulneran la salud mental de las mujeres.

#### **4.5 Factores psicosociales en la depresión**

Se ha encontrado que entre los factores psicosociales que presentan un mayor riesgo y de manera prominente. Para desarrollar una depresión posparto están:

- Desilusión o decepción de traer un niño al mundo
- Eventos vitales estresantes
- La falta de apoyo social
- Conflicto en la relación de pareja
- Conflicto con los padres
- La historia psiquiátrica personal o familiar
- La relación madre- hijo
- Ser madre soltera
- Sentimientos abrumadores de responsabilidad por el cuidado del bebe
- Problemas en el entorno como una relación tensa con la pareja o falta de apoyo familiar.
- Problemas económicos
- Historia de depresión con otros embarazos
- Complicaciones obstétricas
- Antecedentes de aborto

## 4.6 Epidemiología

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, para el año 2020, 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.

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%<sup>15-19</sup> – por entrevista clínica y de 10% a 20% por auto informe

Estas prevalencias no distinguen entre casos de inicio en el posparto de aquellos que se presentaban desde la gestación. Los estudios referidos oscila entre el 10% y el 50% dependiendo de múltiples factores se ha reportado a tasas de 28% a 48% de depresión posparto en madres adolescentes y de 38% en mujeres que viven en la pobreza en madres con hijos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal la frecuencia de depresión posparto si la entre 28 a 70%.

De acuerdo a los datos de prevalencia que se han desencadenado actualmente se observa un alto índice de depresión posparto la cual es presentada a causa de múltiples factores desencadenan este episodio en la mujer embarazada debido a la falta de información o bien en madres adolescentes primigestas que no han experimentado la vivencia del proceso del parto lo cual está arrojando un alto porcentaje sobre los procesos por el cual cursan algunas madres.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

## 4.7 clínica

El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé (NICE, 2007).

En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos (NICE, 2007).

En la depresión mayor con frecuencia el estado de ánimo no es reactivo a las circunstancias externas, éste se mantiene siempre bajo durante todo el día; sin embargo, algunos pacientes presentan una variación diurna consistente en una mejoría gradual a lo largo del día. En otros casos las variaciones pueden ser secundarias a experiencias y eventos positivos, pero estas elevaciones anímicas no son sostenidas, y reaparecen a menudo rápidamente los síntomas depresivos (Andrews G, 1999). El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé. En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos (NICE, 2007).

## 4.8 Signos y Síntomas

Los signos y síntomas de la depresión posparto varían y pueden oscilar entre leves y graves.

### Síntomas de la melancolía posparto

Los signos y síntomas de la melancolía posparto (que duran de unos pocos días a una o dos semanas después del nacimiento del bebé) pueden incluir:

- Cambios de humor
- Ansiedad
- Tristeza
- Irritabilidad
- Sentirse abrumado
- Llanto
- Concentración reducida
- Problemas de apetito

La depresión posparto puede presentar un gran abanico de síntomas con diversos grados de intensidad dependiendo de los casos.

**Irritabilidad:** propensión a la irritación y enfado a veces sin motivo aparente.

**Ansiedad:** sensación de incompetencia o de no ser capaz de salir adelante se puede mostrar preocupación por cosas que en condiciones normales se dan por sentadas.

**Crisis de ansiedad:** las crisis de ansiedad también llamadas crisis de pánico o ataque de ansiedad sus síntomas incluyen manos sudorosas palpitaciones y náuseas pueden sobrevenir en cualquier momento del día.

**Problemas del sueño:** problemas para conciliar el sueño incluso si el recién nacido está durmiendo plácidamente.

**Cansancio:** sensación constante de cansancio y letargo incapacidad para hacer frente a las tareas domésticas.

### **Síntomas de depresión posparto**

La depresión posparto puede confundirse con la melancolía del bebé al principio, pero los signos y síntomas son más intensos y duran más tiempo y, eventualmente, pueden interferir en la capacidad para cuidar al bebé y realizar otras tareas diarias. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las primeras semanas después del parto, pero pueden comenzar antes, durante el embarazo, o más tarde (hasta un año después del nacimiento).

Los signos y síntomas de la depresión postparto pueden incluir los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves
- Llanto excesivo
- Dificultad para relacionarse con el bebé
- Aislarse de familiares y amigos
- Pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado
- Fatiga abrumadora o pérdida de energía
- Interés y placer reducidos en las actividades que solías disfrutar
- Irritabilidad y enojo intensos
- Miedo a no ser una buena madre
- Desesperanza
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia
- Disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones
- Inquietud

- Ansiedad grave y ataques de pánico
- Pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

### **Psicosis posparto**

Con la psicosis posparto, un trastorno poco común que generalmente se desarrolla dentro de la primera semana después del parto, los signos y síntomas son graves.

Entre los signos y síntomas pueden encontrarse los siguientes:

- Confusión y desorientación
- Pensamientos obsesivos acerca de tu bebé
- Alucinaciones y delirio
- Alteraciones del sueño
- Exceso de energía y agitación
- Paranoia
- Intentos de lastimarte a ti misma o a tu bebé

### **Una madre con depresión posparto también puede:**

- Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebé.
- Sentir temor de quedarse sola con el bebé.
- Tener sentimientos negativos hacia el bebé o incluso pensar en hacerle daño.  
(Aunque estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan.)

Normalmente, los síntomas aparecen de forma insidiosa durante 3 meses, pero el inicio puede ser más repentino. La depresión posparto interfiere con la capacidad de la mujer de cuidar de sí misma y del bebé. La psicosis es rara, pero la depresión posparto aumenta el riesgo de suicidio y de infanticidio, que son las complicaciones más graves.

## 5: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

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.

### 5.1 Prevención primaria en la gestación

Terapias de relajación física y mental: Se recomienda favorecer y re-establecer un buen equilibrio y una buena adaptación psicosocial a la maternidad, a lo largo de toda la gestación

- **Acompañamiento:** Es importante que la mujer se sienta acompañada, escuchada, respaldada durante su embarazo.
- **Estrategias de afrontamiento:** Está demostrado que el ejercicio físico, fomentar actividades de ocio, compartir emociones, establecer una comunicación adecuada y fluida con la gestante, contribuyen a reducir los grados de depresión.

Adecuar en lo posible, el trabajo y los estilos de vida a la nueva situación.

Establecer vínculos prenatales: Hablar con el bebé, tocar la barriga, música, sentarse y tener tiempo a solas con el bebé, involucrar al resto de miembros de la familia. Promover y realizar trabajo con la pareja y con familiares cercanos.

#### 5.1.1 Prevención primaria en el parto

El parto fisiológico es una excelente medida para la depresión postparto, se produce una cascada hormonal durante el mismo con efectos antidepresivos:

La prolactina directamente implicada en los cuidados maternos hacia las crías y tiene efecto relajante, la dopamina es la encargada del sistema de recompensa, las endorfinas por su parte son analgésicos naturales que nos proporcionan bienestar, La oxitocina es la hormona de la calma y del contacto, de manera que una persona con altos niveles de oxitocina se sentirá más feliz.

### 5.1.2 Prevención primaria en el puerperio

- Lactancia materna: Facilita la unión psicológica, la autoestima de la mujer en su papel de madre.
- Visitas a domicilio: Durante todo el puerperio.
- Fomentar el contacto piel con piel.
- Establecer comunicación y escucha activa con la mujer y su entorno.
- Soporte práctico y afectivo a la puérpera: Reforzar y acompañar a los padres.
- Promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren: y apoyen a la madre en el cuidado del menor, intentando que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión de su intimidad.
- Grupos de apoyo al postparto y a la lactancia: Estos encuentros pretenden ser un punto de reunión entre los nuevos padres y desde el apoyo profesional se pretende escuchar y dar herramientas para la adaptación a esta nueva etapa.

### 5.2 Prevención del embarazo adolescente

Dentro del marco conceptual y operativo para la prevención del embarazo adolescente surge la pirámide de impacto sobre la salud está formada por cinco niveles de prevención que pueden llevarse a cabo los cuales son los siguientes:

**Nivel 1** incidieron los determinantes sociales de la salud incluyendo mejorar los logros académicos promover el desarrollo juvenil reducir la pobreza y disminuir disparidades sociales

**Nivel 2** mejor el contexto para iniciar incentivar decisiones saludables marco jurídico informativo educación y comunicación para la población en general y madres padres de familia entre otras

**Nivel 3** educación integral en la sexualidad

**Nivel 4** acceso afectivo a métodos anticonceptivos de larga duración

**Nivel 5** intervenciones eficaces.



Desde los 13 años, edad legal del consentimiento sexual, un adolescente puede necesitar adoptar medidas contraceptivas y acudir a los servicios sanitarios en demanda de consejo contraceptivo y de la prescripción de un método anticonceptivo.

En la práctica y para evitar conflictos con los padres, resulta conveniente anotar en la historia clínica que:

- Se ha constatado la madurez del o de la adolescente.
- El método anticonceptivo adoptado es elegible medicamente.
- Se le ha aconsejado que informe a sus padres o tutores de que está utilizando un anticonceptivo o ha usado anticoncepción postcoital.
- Es necesario conocer las necesidades anticonceptivas de la chica o pareja que serán diferentes dependiendo de la frecuencia de relaciones de si existe o no riesgo de ITS de la confianza que exista entre la pareja, del grado de implicación del chico, etc.

### **Planificación familiar**

La planificación familiar permite el empleo de métodos anticonceptivos oportunos y eficaces para que cada familia decida el número adecuado de hijos que desea tener y el momento para ello.

Los métodos de anticonceptivos en las que los adolescentes tienen más acceso son:

- Métodos naturales
- métodos de Barrera
- anticonceptivos hormonal o combinada
- dispositivos intrauterinos
- abstinencia sexual periódica
- anticonceptivos de emergencia

Asimismo, la maternidad adolescente influyen un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

## **Métodos de barrera**

Diseñados para evitar que el esperma ingrese al útero, los métodos de barrera son removibles y pueden ser una opción para las mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales.

Los métodos de barrera tienen una tasa de falla típica del 12 % al 28 %, según el método.

## **Anticonceptivo hormonal o combinado**

Los métodos hormonales combinados contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol) Funcionan mediante inhibición de la ovulación y engrosamiento del moco cervical.

Tasa de falla 1%

## **Dispositivo intrauterino**

DIU significa “dispositivo intrauterino” (básicamente, un dispositivo dentro del útero). Es una pequeña pieza de plástico flexible en forma de T.

Evitan embarazos al cambiar la forma en que se mueve el esperma, para que no pueda llegar a un óvulo.

## **Los anticonceptivos de emergencia**

Se le conoce también como píldora del día siguiente. Es un método anticonceptivo que puedes utilizar sólo en casos de emergencia, para prevenir un embarazo no planeado.

## **Efectividad**

Antes 24 horas: 90%

Más de 72 horas: 75%

Por ello la importancia de una educación sexual adecuada ya que al educar a las mujeres para cuidarse y tener la capacidad de decidir sobre el embarazo o no tiene una repercusión a corto y largo plazo en su bienestar y salud pues evitar los embarazos no deseados abortos realizados de manera clandestina que en su mayoría resultan peligrosos para la madre adolescente.

### **5.3 Complicaciones:**

Se ha establecido un mayor número de complicaciones a madres adolescentes como nacimientos prematuros y bebés de bajo peso también un incremento de síntomas de depresión durante el primer año posterior al parto condición favorecida por conflictos familiares menor apoyo social y baja autoestima.

En los casos en que la madre no recibe la atención adecuada y la DPP no se detecta y no se trata, existe una alta prevalencia de que se cronifique y pudiendo generar así consecuencia en la salud de la madre y el bebé a corto y a largo plazo. No hay que focalizar únicamente la atención a la madre, sino también al bebé.

Froelich et al afirma que las madres deprimidas generan altos niveles de confusión en sus bebés y esto hará que existan incongruencias en la comunicación.

Otro factor a tener en cuenta es el apego. La DPP influirá negativamente en este. La literatura describe una mayor incidencia de apegos inseguros y fallidos en hijos/as de madres deprimidas y es por eso que podemos afirmar de nuevo que los comportamientos y actitudes de la madre depresiva producen un deterioro en el vínculo madre-bebé.

Según algunos autores respecto a la relación madre-hijo reportan una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos al momento de alimentarlo concluyendo que hijos de adolescentes deprimidos

También se describe una asociación entre depresión posparto materna y violencia en los hijos durante la adolescencia además de depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también como 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 no deprimidas

Las mujeres con depresión posparto tienen alta probabilidad de presentar riesgo suicida si no es detectada o diagnosticada y tratada a tiempo por los profesionales del área de la salud.

### 5.3.1 Frecuencia de tendencias suicidas

La Organización Mundial de la Salud define al suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal.

La suicidalidad está fuertemente relacionada a trastornos psiquiátricos, mientras que el riesgo suicida en madres se relaciona con antecedente de abuso físico en la infancia, trastornos del sueño, depresión y ansiedad.

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.
- **Para suicidio (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.

El suicidio representa el 20% de las muertes maternas en el puerperio, ubicándose como la séptima causa de muerte materna dentro de los 6 meses post parto. Por este motivo, el suicidio representa un importante problema de salud pública.

El término suicidalidad se refiere a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio.

### 5.3.2 Impulsividad y suicidio

La impulsividad podría definirse como una incapacidad para la reflexión previa al acto conductual, que se manifiesta en dos componentes principales: la incapacidad para resistir a los impulsos y la precipitación en la respuesta a estímulos. Si nos detenemos en la fenomenología de la impulsividad, podemos destacar que el acto impulsivo es un comportamiento excitante, ego sintónico, intrusivo y con cierta pseudo resistencia, que tiene como consecución la obtención del placer y que lleva implícita la sensación de culpa y vergüenza. El suicidio, en principio es ego sintónico y supone la consecución de un placer, ya que el sujeto lo comete de forma voluntaria con la intención de poner fin a una situación de sufrimiento y, finalmente, una vez contemplada, la idea se convierte en algo intrusivo a lo que se opone cierta resistencia por la sensación de culpa y vergüenza asociadas.

**Esquema de intervención ante un pensamiento que despierta una emoción negativa.**

<b>Pensamiento:</b> “soy un aburrido” o “nadie me quiere”	
• Pensamiento negativo irracional: técnicas cognitivas para cambio de cogniciones	
• Pensamiento negativo realista:	
Motivo	Técnicas
Ansiedad anticipatoria	Relajación, detención de pensamiento
Pensamiento de fracaso	Detención de pensamiento, auto instrucciones
Repertorio de comunicación pobre	Entrenamiento en habilidades sociales
Dificultades en variables verbales o no	Entrenamiento en habilidades sociales

### Aspectos psicológicos en la conducta suicida

Un factor central en el suicidio, es el tema de la desesperanza. Existe una elevada asociación entre desesperanza y el riesgo suicida a largo plazo.

### 5.3.3 Clasificación del riesgo suicida

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.
- d) **Riesgo Extremo:** varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante el auto agresión.

### 5.3.4 Criterios para hospitalización de personas con alto riesgo

- 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.

### **5.3.5 Escala de suicidalidad de Osaka**

Esta escala está para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general profesionales y técnicos de la salud e incluso por monitores y agentes comunitarios tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico.

Mundialmente el suicidio es una de las primeras cinco causas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años Generalmente ocupa el tercer lugar, estando precedido por los accidentes y homicidios y seguido por las neoplasias malignas y problemas cardiacos Sin embargo, en algunos países el suicidio pasa a estar dentro de las dos primeras causas de muerte en ese grupo de edad

En 1981, Okasha, Lotaif y Sadek, diseñaron un cuestionario, Esta escala está para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general profesionales y técnicos de la salud e incluso por monitores y agentes comunitarios tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico.

#### **Interpretación de la escala**

La sumatoria del puntaje de las primeras tres preguntas conforman el su puntaje de ideación suicida que puede oscilar entre 0 y 9 puntos la puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el puntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio la suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos el punto de corte es mayor o igual a 5 puntos a mayor puntuación mayor gravedad.

## 5.4 Diagnóstico y Detección

Existen varias herramientas de detección de la depresión disponibles para su uso. Éstas normalmente se pueden completar en menos de 10 minutos. La mayoría tiene una especificidad que va desde 77% a 100%. Por lo tanto, se puede argumentar que la sensibilidad debe ser el factor determinante para maximizar el número de pacientes deprimidos identificados.

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.

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

- Hacer 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 evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros.

Realizar examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas Las pruebas de laboratorio puede estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares

El médico puede determinar un diagnóstico de depresión a partir de lo siguiente:

- **Exploración física:** Es probable que el médico te realice una exploración física y te haga preguntas sobre tu salud. En algunos casos, la depresión puede estar relacionada con un problema de salud físico no diagnosticado.
- **Análisis de laboratorio:** Por ejemplo, el médico puede realizarte un análisis de sangre llamado «hemograma completo» o analizar la glándula tiroides para asegurarse de que funcione correctamente.
- **Evaluación psiquiátrica:** El profesional de salud mental te realizará preguntas acerca de tus síntomas, tus pensamientos, tus sentimientos y tus patrones de conducta. Es posible que te pida que completes un cuestionario para ayudar a responder estas preguntas.
- **DSM-5:** El profesional de salud mental puede utilizar los criterios que se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Al evaluar al enfermo, pregunte por los cuatros síntomas frecuentes de la depresión en las personas adultas mayores:

- Ansiedad.
- Síntomas somáticos.
- Falta de interés en las cosas que antes le agradaban.
- Irritabilidad.

Las herramientas de encuesta (por ejemplo, la Escala de depresión posnatal de Edimburgo, el Inventario de depresión de Beck y la Escala de evaluación de (depresión posparto) son ampliamente utilizadas para identificar a la depresión durante el período perinatal. La tasa de detección está en el intervalo de 68% a 100% (mejor para la depresión severa) con especificidades de entre 78% a 96%.

La detección, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión tienen el potencial de beneficiar a la mujer y su familia. Los bebés de madres con depresión usualmente presentan retraso psicológico, cognitivo, neurológico y motor; sin embargo, los trastornos mentales y del comportamiento de los niños mejoran cuando la depresión materna está en remisión. La evaluación de la interacción madre-hijo debe ser una parte integral de la atención de las mujeres en el período posparto.

En caso de observar dificultades significativas en la interacción madre-hijo o que exista preocupación acerca de la salud mental de la madre, deberá evaluarse el riesgo de daño para el bebé.

Es necesario realizar una evaluación integral de la salud mental en mujeres en quienes se hayan reportado u observado cambios marcados en el estado de ánimo, pensamientos, percepciones y comportamientos durante el período posparto temprano.

En los casos en que se requiere la evaluación integral de la salud mental, los profesionales de la salud deben identificar las opciones de referencia y alentar y apoyar activamente a las mujeres para que acudan al especialista.

Los profesionales de la salud del primer nivel de atención tienen un papel continuo en la atención psicosocial de las mujeres en el período perinatal, ya sea que proporcionen tratamiento o refieran a la mujer a un profesional de la salud con experiencia en salud mental.

Cuando se evalúa a la mujer en el período perinatal es importante recordar que los cambios emocionales normales pueden enmascarar los síntomas de depresión o ser mal interpretados como depresión.

Cuando existen dudas acerca de la presencia de depresión, las mujeres deben ser reevaluadas después de 2 semanas. Si los síntomas persisten, o si en la evaluación inicial hay evidencia de enfermedad grave o tendencia al suicidio, las mujeres deben ser remitidas a su médico de cabecera o al servicio de salud mental para una evaluación adicional.

Preguntar a las madres si se sienten tristes o ansiosas. Muchas mujeres con depresión posparto refieren a la ansiedad como síntoma principal en lugar de un estado de ánimo depresivo o anhedonia. Debe evaluarse la excesiva preocupación sobre la salud del bebé o de la madre. 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.

El método preferido para identificar a las mujeres con depresión posparto es el uso sistemático de una herramienta de evaluación validada, como la Escala de detección de depresión posparto de Edimburgo, durante la visita obstétrica posparto y en las visitas de cuidado del niño durante el año posterior al parto.

## 5.5 Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales de la depresión puerperal deben distinguirse cuidadosamente tanto del puerperio normal como de otros trastornos psiquiátricos frecuentes en este periodo entre los cuales merecen especial atención el parto y la psicosis puerperal.

Cuando al evaluar a una persona se sospecha el diagnóstico de depresión, considere el uso de un instrumento de medición validado (para los síntomas, funcionalidad o discapacidad) para informar y evaluar el tratamiento.

Realizar diagnóstico diferencial con enfermedades somáticas y mentales:

Solicitar hemograma, glucemia, T3, T4 y TSH, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos, y otros exámenes según criterio médico.

- El blues posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal se considera entre el 15 y 85% de las mujeres en los diez primeros días post parto pueden padecer síntomas compatibles con el trastorno los síntomas más comunes comprenden tanto llanto fácil ánimo triste o ligeramente eufórico irritabilidad cefalea ansiedad alteración del sueño normalmente los síntomas desaparecen espontáneamente y rápidamente sin requerir tratamiento
- La psicosis posparto, tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%. El cuadro representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, Se presenta con síntomas psicóticos tales como, ideas delirantes alucinantes, pensamientos desorganizados o comportamientos extraños y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como la euforia labilidad emocional y aumento de la actividad.

## **5.6 Escala de Depresión de 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 post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto)

Aplicar la Escala de depresión posparto de Edimburgo, a todas las mujeres en el 2º y 6º meses posteriores al parto.

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.

### **Objetivo de la escala de Edinburgh:**

Se emplea para la detección de las madres que padecen de depresión post-parto durante el puerperio y es utilizada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud.

### **Interpretación por puntuación:**

Durante el embarazo en el posparto

Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión

Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de DPP

Cualquier puntaje distinto en la pregunta N. 10 requiere de evaluación

Adicional dentro de las 24 horas posteriores.

### **Instrucciones para la aplicación de la escala:**

1. 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.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.
5. 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.

## **5.7 El Inventario de Depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

El inventario se limita a presentar unas cuestiones que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La persona deberá valorar por sí misma si se identifica o no con esas cuestiones.

### **Objetivo del inventario de Beck**

Es uno de los instrumentos para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos. Y es utilizada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud.

### **Instrucciones para la aplicación del inventario de Beck**

El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas con 4 tipos de respuesta. Estas últimas van de 0 hasta 3 y describen el grado en que nos identificamos con la realidad descrita. En este caso 0 sería no me identifico en absoluto y un 3 describiría un hecho con el que nos identificamos casi al 100%.

- 1.- Se puede aplicar de forma individual o colectiva.
- 2.-Por término medio, un paciente no tarda más de 5 o 10 minutos para realizar la prueba.
- 3.- Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.
- 4.-Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

5.-Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

### ¿Qué aspectos valora el inventario?

Tal y como hemos señalado, este instrumento se limita básicamente a describir las características propias que surgen en los trastornos depresivos.

Los ítems que aparecen por tanto en el inventario de depresión de Beck son los siguientes:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sensación de fracaso Pérdida
- Sentimientos de castigo
- Disconformidad con uno mismo
- Autocrítica
- Pensamientos suicidas
- Llanto
- Pérdida de interés
- Indecisión
- Pérdida de energía
- Hábitos de sueño
- Irritabilidad
- Problemas de concentración
- Fatiga

### Interpretación por puntuación:

La evaluación de este inventario es muy sencilla. Nos limitamos a obtener la suma total de los 21 ítems, de manera que al final tendremos una cifra que puede ir del 0 hasta el 63. De este modo, se establecen cuatro categorías básicas en base a los resultados obtenidos:

0-13 depresión baja.

14-19 depresión leve

20-28, depresión moderada 29-63 depresión grave.



### **5.7.1 Recaída tras nuevo embarazos**

En términos generales se estima que un 75% de las personas que han padecido depresión pueden sufrir una recaída debido a que después de un episodio depresivo las probabilidades de otros se encuentran entre 50 y 60% luego de dos episodios la posibilidad de recurrencia se incrementa en 70% y así sucesivamente a pesar que dos tercios de los pacientes responden al tratamiento para la depresión sólo el 33% de ellos pueden desarrollar su vida de la misma manera en que antes.

Las mujeres hospitalizadas por un primer episodio de depresión posparto tuvieron 46 veces más probabilidades de experimentar un segundo trastorno tras un posterior embarazo. Se enfatiza en la necesidad de tratar bien los primeros casos.

El mayor riesgo de recaída se da en las depresiones que cursaron con síntomas psicóticos. Embarazo y parto favorecen la ciclación rápida en mujeres que la presentan.

En las siguientes circunstancias puede existir mayor probabilidad de recaer en la depresión.

- 1.- varios episodios depresivos previos
- 2.-antecedentes familiares de depresión
- 3.-edad menor a 25 años o mayor a 40 años
- 4.- previo síntomas psicóticos
- 5.- recuperación incompleta de depresión previa
- 6.-persisten síntomas cognitivos como la falta de energía y sueño
- 7.- factores psicosociales con efectos negativos falta de apoyo familiar situación económica inestable estrés laboral entre otros.
- 8.- abuso de sustancias tóxicas

## 5.8 Componentes de la hostilidad durante el posparto

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados (Callico Cantalejo, 1995).

### La hostilidad

La hostilidad implica usualmente sensaciones airadas. Incluye varios el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. Es considerada como una actitud negativa duradera y penetrante hacia uno mismo o hacia otras personas que se reflejan en un juicio debidamente desfavorable de ella o ellas implica una actitud social de resentimiento y o desconfianza que conlleva respuestas verbales o motoras negativas.

Barefoot describe el componente subjetivo de la hostilidad como sentimientos negativos hacia otros, la conducta de los demás pueda ser interpretada como antagonista o amenazante, y puede servir como justificante de la hostilidad que se posee hacia las conductas antagonistas de otros. Estas conductas conllevan a un rechazo parenteral que afecta potencialmente la supervivencia del bebe así como el vínculo afectivo madre e hijo.

El rechazo parental es, según Rhoner, la ausencia de calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos o el privarlos de éstos de modo significativo. Puede adoptar tres formas:

- a) hostilidad y agresividad.
- b) indiferencia y negligencia.
- c) rechazo indiferenciado.

Durante décadas, la investigación científica ha venido demostrando que los estilos parentales en los que predominan las manifestaciones de ira, agresividad y rechazo se relacionan con problemas de salud mental en los hijos.

### **5.8.1 Agresión durante el embarazo**

En este sentido, la agresión es definida por la OMS (2017) como el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra uno mismo o contra otros, que es muy probable que tenga como consecuencia traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

En un estudio realizado en adolescentes para identificar si existe una relación entre la agresión y el embarazo adolescente se encontró que la agresión es considerada como un predictor del embarazo adolescente debido a que las niñas que presentan conductas agresivas durante la infancia tenía un mayor riesgo de tener embarazo adolescente y suelen tener más hijos. Ser madre adolescente sea considerado como un factor de riesgo para el maltrato fetal el cual se entiende como cualquier acto que de manera intencional lo que pueda lesionar el embrión o feto la agresión también se puede presentar cuando no se cumplen los cuidados recomendados durante el embarazo cómo consumir drogas legales e ilegales inducir al aborto o si la mujer embarazada está siendo maltratada por su pareja por su familiar.

Las acciones que ejerce la madre sobre sí misma repercuten de manera directa en el producto, las principales consecuencias de agresión al feto durante el embarazo son:

- Retraso mental
- Retardo en el crecimiento intrauterino
- Malformaciones congénitas
- Muerte fetal

De manera adicional se considera que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas pueden generar síndrome de abstinencia en el recién nacido. Las consecuencias pueden variar dependiendo de la etapa de gestación en la que se encuentre, el tipo de agresión, y el tiempo por el que haya pasado la mujer embarazada.

## **6: MANEJO Y TRATAMIENTO**

### **6.1 Manejo:**

El manejo de la depresión posparto precisa de una intervención por un equipo multidisciplinar especializado en el diseño y aplicación de un plan individualizado, basado en las evidencias científicas y en las necesidades maternas. Las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son multifactoriales. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a asociaciones de autoayuda y asesoramiento.

#### **6.1.1 Modalidades de terapia psicológica**

Las modalidades de terapia psicológica que ha demostrado eficacia para el tratamiento de la DPP son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal.

- Tratamiento psicológico estructurado
- La terapia cognitivo-conductual
- Terapia interpersonal

La terapia cognitivo-conductual es también un tratamiento de mantenimiento eficaz y se recomienda para los pacientes con depresión recurrente, que ya no están con medicación. Se puede realizar tanto de forma individual como en grupo. Este tipo de terapia está centrada en el presente, en los problemas actuales que presenta la madre, en el establecimiento de objetivos concretos y se basa en el aprendizaje de técnicas que se practican en el día a día y que ayudan a conseguir los objetivos del tratamiento. Esto supone:

- Incrementar las actividades sociales y de autocuidado, así como el tiempo dedicado a una misma.
- implementar técnicas de relajación o de regulación emocional para los momentos de estrés.

- Entrenar la asertividad, es decir, la habilidad interpersonal que permite defender los deseos y opiniones y respetar la de los demás.
- Intervenir sobre los pensamientos negativos respecto a una misma, la maternidad o relacionados con el recién nacido.

Las terapias cognitivo-conductuales deben ser consideradas para el tratamiento de la depresión leve a moderada en el período posparto.

Los profesionales dedicados a ofrecer terapias psicológicas deben ser capacitados a niveles aceptados de competencia, participar en el desarrollo profesional continuo y recibir supervisión continua.

La terapia cognitivo-conductual se recomienda cuando la paciente deprimida presenta pensamientos negativos distorsionados

Para lograr los objetivos del tratamiento, es fundamental realizar una evaluación diagnóstica integral, incluyendo tanto la salud física, las manifestaciones emocionales, fisiológicas y conductuales de la depresión, como los antecedentes personales y familiares y la situación de vida actual. El tratamiento, debe estar basado en una adecuada y prolongada relación entre el equipo tratante y la gestante, de modo de lograr una alianza terapéutica.

Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psi coeducación individual y familiar, los grupos de autoayuda. En todo caso, la decisión de usar o no psicofármacos durante la gestación debe ser siempre individualizada y basada en un exhaustivo análisis de los riesgos y beneficios.

Se deberá derivar a especialidad psiquiátrica y tratar como alto riesgo obstétrico, cuando se presente alguna de las siguientes 4 condiciones:

- Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos
- Episodio Depresivo actual en Trastorno Bipolar
- Episodio Depresivo con Alto Riesgo Suicida
- Depresión Refractaria (resistente a tratamiento)

### **Terapia psicológica**

La terapia psicológica consiste esencialmente en dotar al paciente de estrategias y herramientas para afrontar sus problemas. Técnicas como la modificación de conducta permiten a los pacientes controlar exitosamente sus emociones y sus comportamientos. Estas herramientas, en sí mismas, no requieren del empleo de fármacos. Mediante la terapia psicológica se intenta ayudar al individuo con depresión a cambiar ciertos hábitos, influyendo sobre su estilo de vida y sus costumbres. Requiere un seguimiento prolongado por parte de la enfermera y una intervención continuada.

Los objetivos que se intentan alcanzar a través de la psicoterapia son la disminución de recaídas al complementarlo con otras medidas terapéuticas, como el tratamiento farmacológico, la potenciación del cumplimiento terapéutico mejorando la relación con el personal sanitario y reducir la carga emocional familiar. Esta es efectiva si se realiza de inicio a fin, sin interrupciones. Por ello, la enfermera deberá asegurarse que el paciente está decidido verdaderamente a seguir el tratamiento psicológico.

### **Psicología positiva**

Las técnicas psicológicas que más se utilizan para tratar a individuos depresivos se basan principalmente en la eliminación de emociones negativas. Debido a este hecho, las investigaciones acerca de las emociones se han centrado en el conocimiento de las negativas, aquellas que provocan sufrimiento y que, si se obvian, pueden generar problemas graves.

Existe un nuevo concepto de tratar la depresión que se centra en estimular emociones positivas como alegría, esperanza, felicidad, etc. en pacientes con DPP. Experimentar emociones positivas facilita la adquisición de formas de comportamiento y estados mentales que preparan al individuo para enfrentar con éxito las posibles dificultades y adversidades.

Entre los beneficios de la psicología positiva se encuentran:

- Gestionar las emociones de forma equilibrada.
- Alcanzar un mayor éxito en las relaciones interpersonales.
- Afrontar las dificultades con optimismo y resiliencia.
- Aumentar la eficacia en la resolución de conflictos.

### **6.1.2 terapia de pareja**

La terapia marital o de pareja es eficaz y debe ser considerada para pacientes con angustia marital significativa.

Se debe considerar un enfoque centrado en pares cuando la relación actual está contribuyendo a la depresión, o donde la participación de la pareja se considere de beneficio terapéutico potencial.

### **6.1.3 Actividad física**

Sobre el manejo no farmacéutico de la depresión recomienda que el ejercicio estructurado sea considerado como una opción de tratamiento para los pacientes con depresión. El ejercicio estructurado se define como ejercicio realizado tres o más veces cada semana a una intensidad suficiente para proporcionar un gasto de energía 70% a 80% de reserva de ritmo cardíaco.

Indicar programa estructurado de actividad física en personas con depresión leve y moderada.

Se puede ofrecer apoyo para el ejercicio estructurado como una opción de tratamiento para pacientes con depresión posparto.

Las personas que estén interesadas en el uso del ejercicio estructurado como una intervención de tratamiento para la depresión, deben ser referidas a asesoramiento adecuado de ejercicio y a actividades de su comunidad local que sean relevantes para el tipo de ejercicio que sienten que van a disfrutar. Esto puede incluir una amplia gama de actividades disponibles en la comunidad, por ejemplo, gimnasios locales, piscinas y grupos de voluntarios para caminar. Si existen dudas acerca de la salud física del individuo, deben ser remitidos de nuevo al médico de cabecera para la evaluación de su salud cardiovascular.

Las pacientes deben estar conscientes de los factores que pueden mejorar y ayudar a mantener la motivación. Por ejemplo: el establecimiento de objetivos realistas puede permitir a las personas el control de su progreso; hacer ejercicio con otros, y una clase de ejercicios o sistema de compañeros pueden aumentar el disfrute.

## **6.2 Terapia interpersonal**

La terapia interpersonal se basa en la intervención sobre la situación interpersonal de la paciente en cuatro posibles áreas: los conflictos interpersonales, que pueden ser familiares, con la pareja, o en el lugar de trabajo; la transición de rol, que se refiere a los cambios en las situaciones personales, como los que se dan en el caso de la maternidad; la situación de duelo y los déficits interpersonales.

### **6.2.1 Psicoterapia.**

Quizás te sirva hablar sobre tus preocupaciones con un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional de salud mental. A través de la terapia, puedes encontrar mejores formas de afrontar tus sentimientos, resolver problemas, plantear objetivos realistas y responder a situaciones de manera positiva. A veces, la terapia familiar o de pareja también puede ayudar.



La psicoterapia sola es tan eficaz como la medicación antidepresiva en pacientes con depresión leve a moderada y puede ser utilizada como tratamiento de primera línea.

### **Objetivo de la psicoterapia**

- Mayor conocimiento de uno mismo.
- Mejora en las relaciones con los demás.
- Aprender a apreciar la realidad del entorno.
- Proyectar el futuro sin temor.
- Mejoras en el equilibrio emocional, la cohesión interna y la fortaleza de la persona.

### **6.2.2 Apoyo al tratamiento de la depresión pre y postnatal**

El efecto del tratamiento de la depresión en el embarazo y el parto no sólo impacta en el bienestar de la madre sino además en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño.

Se recomienda que en los controles de embarazo y posparto el profesional explore:

- a) asistencia controles de tratamiento de depresión
- b) prescripción de fármacos con fines antidepresivos
- c) presencia de posibles efectos adversos en los fármacos de adherencia al tratamiento farmacológico
- d) aspectos psicosociales que pueden dificultar la adherencia al tratamiento

### 6.3 Manejo Farmacológico

El tratamiento y el manejo de las enfermedades mentales durante el embarazo y la lactancia representan una situación clínica compleja. Existen datos acumulados en los últimos 30 años que sugieren que los antidepresivos en general y los Inhibidores de la re captación de la Serotonina (IRSS), que son los de primera elección en la depresión posparto, pueden utilizarse de forma segura durante la lactancia.

Durante el embarazo Al iniciar un tratamiento farmacológico, deben tenerse en cuenta los síntomas somáticos de la paciente, con objeto de no potenciarlos con los fármacos prescritos, y diferenciarlos de posibles efectos secundarios. Así, por ejemplo, puesto que el vaciado gastrointestinal disminuye en un 30-35% durante el embarazo, disminución ésta que predispone al estreñimiento, añadir fármacos de efecto anticolinérgico contribuirá a aumentar la incomodidad de la paciente.

Los inhibidores selectivos de la re captación 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.

- Citalopram 20 - 60 mg
- Escitalopram 10 - 20 mg
- Fluoxetina 20 - 80 mg
- Fluvoxamina 50 - 300 mg
- Paroxetina 20 - 60 mg
- Sertralina 50 - 200 mg

Los inhibidores selectivos de la re captación de serotonina mejoran la depresión y la ansiedad mediante el antagonismo del transportador de serotonina por lo que se incrementa la disponibilidad de serotonina en la sinapsis.

Dichos medicamentos se prescriben normalmente para el trastorno depresivo de o de ansiedad los efectos secundarios maternos incluyen molestias digestivas cefaleas disfunción sexual nerviosismo o sedación con la excepción de la fluoxetina la cual posee una vida media de 4 a 6 días la mayor mayoría de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina presentan una vida media de 20 a 80 y 48 horas.

- No se recomienda el uso de terapia de estrógenos en el tratamiento rutinario de pacientes con depresión posparto
- Se deben recomendar antidepresivos como tratamiento de primera línea en pacientes con depresión de moderada a severa, mantenido durante 2 años o más.
- Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas
- Una vez que un antidepresivo ha sido seleccionado, comenzar con una dosis baja y aumentar gradualmente a la dosis terapéutica completa, mientras se evalúa el estado mental de las pacientes y se observa la presencia de efectos secundarios. La frecuencia del control depende de la gravedad de la depresión, el riesgo de suicidio, la cooperación de la paciente y la disponibilidad de apoyo social.
- 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
- Los “nuevos” antidepresivos también se pueden considerar como otras opciones de primera línea para el tratamiento de la depresión. Éstos incluyen: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN; por ejemplo, venlafaxina),

antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (por ejemplo, mirtazapina), inhibidores de recaptación de norepinefrina y dopamina (por ejemplo, bupropión).

Cuando existan interacciones con otros fármacos, el uso de escitalopram o Sertralina debe tenerse en cuenta, ya que tienen menos propensión a las interacciones, parecen ser seguros, y posiblemente brinden protección contra eventos cardíacos futuros.

Los antiguos antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) deben reservarse para situaciones en las que los medicamentos de primera línea han fracasado.

Otro problema que se plantea al instaurar un tratamiento farmacológico en la gestación es el de la teratogenicidad, para la que nunca hay garantía de que el fármaco no la tenga, pues pequeños índices teratógenos son difíciles de distinguir de una anomalía espontánea. Una vez hechas estas puntualizaciones, comunes a prácticamente cualquier tratamiento medicamentoso durante el embarazo, se analizan las distintas opciones terapéuticas existentes: Antidepresivos tricíclicos

### 6.3.1 Cuadro de medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de la depresión.

Medicamento	Principio activo	Dosis	Interacciones
<b>PAROXETINA</b>	Cada tableta contiene: Clorhidrato de paroxetina  equivalente a 20 mg de paroxetina	Vía Oral  Adultos: 20 mg/ día en dosis única por la mañana, con aumento necesario de acuerdo a la respuesta.	La absorción y la farmacocinética no son afectadas por alimentos o antiácidos.  Al igual que con otros inhibidores de la recaptura de serotonina (5-HT).
<b>ESCITALOPRAM</b>	Cada tableta contiene: Oxalato de Escitalopram  equivalente a 10 mg de escitalopram	10 mg cada 24 horas, después se puede incrementar la dosis hasta un máximo de 20 mg	Riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgicos por: selegrilina Potenciación de efectos con: litio, triptófano. Potencia toxicidad de: anticoagulantes orales.
<b>SERTRALINA</b>	Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de Sertralina	Vía Oral  Adultos: 50 mg en la mañana o en la noche. Dosis máxima 200 mg/día	Incrementa los niveles de serotonina a través de la inhibición de su recaptura neuronal. Por otro lado, la serotonina es desaminada por la enzima monoaminoxidasa (MAO).
<b>FLUOXETINA</b>	Cápsula o tableta  Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de Fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina	Vía Oral  Adultos: Inicial: 20 mg en la mañana, con aumento progresivo de acuerdo a la respuesta. Dosis máxima 80 mg/día	Como en todos los medicamentos, el potencial de interacción por una variedad de mecanismos farmacodinámicos o farmacocinéticos es una posibilidad.
<b>CITALOPRAM</b>	Cada tableta contiene: Bromhidrato de Citalopram equivalente a 20 mg. de Citalopram	Vía Oral  Adultos: 20 mg cada 24 horas, se puede incrementar la dosis hasta obtener la respuesta deseada	Síndrome serotoninérgicos con: IMAO. Efectos aumentados con: litio o triptófano.  Advertencias y precauciones con: medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo, ej. Antidepresivos tricíclicos.

## **6.4 Monitoreo del uso de fármacos antidepresivos en el embarazo y posparto**

Si bien durante el embarazo y la lactancia, los fármacos no se recomiendan como primera línea de tratamiento, estos deben utilizarse cuando haya un claro beneficio que compense los riesgos potenciales.

Las terapias basadas en estrógenos y progesterona para el tratamiento de la depresión posparto, cuentan con poca evidencia, sin embargo el impacto del estrógeno en mujeres con depresión grave parece ser positivo.

Las preocupaciones relativas a los efectos adversos de los estrógenos como la hiperplasia endometrial y los eventos trombocitos limitan su uso. Se recomienda que en los controles de embarazo y posparto el profesional explore la presencia de los efectos adversos más comunes de los fármacos utilizados con fines antidepresivos. Dado que algunos efectos adversos pueden confundirse con el síndrome de discontinuación de los antidepresivos, el profesional debe estar seguro de la adherencia correcta al medicamento. Esto es especialmente relevante en las embarazadas, ya que un estudio naturalístico mostró que las mujeres que discontinuaron el tratamiento farmacológico al momento del embarazo tuvieron más recaídas que aquellas que mantuvieron el tratamiento.

### **Fármacos antidepresivos con alta teratogenicidad**

Otro problema que se plantea al instaurar un tratamiento farmacológico en la gestación es el de la teratogenicidad, para la que nunca hay garantía de que el fármaco no la tenga, pues pequeños índices teratógenos son difíciles de distinguir de una anomalía espontánea.

#### **Antidepresivos tricíclicos**

La nortriptilina puede considerarse el antidepresivo de elección durante el embarazo por distintas razones: ha sido utilizada con éxito durante décadas, presenta pocos efectos anticolinérgicos en comparación con otros tricíclicos, la relación entre su concentración en plasma y sus efectos terapéuticos está bien estudiada y, finalmente, su mayor potencia antidepresiva reduce otras complicaciones orgánicas.

## **6.5 Principios básicos para la utilización de la medicación psicotrópica durante el embarazo y la lactancia**

Una serie de principios debería guiar la práctica de los médicos al tratar a las mujeres con medicamentos psicotrópicos que están considerando el embarazo, están embarazadas o en el período posparto:

- 1.- Los puntos de vista de cada mujer, sus deseos, temores y prioridades son factores clave en las decisiones sobre el tratamiento
- 2.- La historia de la respuesta al tratamiento anterior debería ayudar a guiar a futuras decisiones de tratamiento
- 3.- Debería utilizarse la dosis efectiva más baja y un tiempo adecuado para permitir la respuesta antes de aumentar la dosis. Esto es particularmente importante cuando los riesgos identificados están potencialmente relacionados con la dosis
- 4.- Debería utilizarse con preferencia la monoterapia sobre el tratamiento combinado
- 5.- Deberían tenerse en cuenta las interacciones con fármacos no psicotrópicos utilizados en ese momento
- 5.- El balance de riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico durante el embarazo (sobre todo en el primer trimestre) puede favorecer la rápida prestación en su lugar, de un tratamiento psicológico
- 6.- Se pueden considerar cambios en la medicación para reducir el riesgo de daño, pero éste debería sopesarse frente a las desventajas del cambio
- 7.- Se deberían considerar en primer lugar los fármacos con la mayor evidencia de seguridad para la madre y el feto/bebé
- 8.- Siempre que sea posible, las opciones de tratamiento deberían ser adecuadas a las mujeres que desean amamantar, en lugar de recomendar la evitación de la lactancia materna
- 9.- Debería ser adoptado el medio más eficaz de tratar los riesgos y beneficios con las pacientes, parejas y las familias, junto con la negociación de planes de cuidados especializados

## 6.6 Manejo Farmacológico durante la lactancia

Para la instauración o mantenimiento de cualquier tratamiento durante el embarazo y/o la lactancia se debe realizar una valoración de riesgo y beneficio tanto de la toma del psicofármaco como de los efectos de la enfermedad materna no tratada, en este caso la depresión.

- 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.
- Se debe aconsejar a las mujeres con recién nacidos sanos que el uso de ISRS no está contraindicado.
- La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anormales probablemente asociados con la exposición al medicamento.
- Los bebés de las madres que están amamantando mientras toman medicamentos psicotrópicos deben ser monitorizados en busca de reacciones adversas.

**Carbamacepina y valproato** Se ha descrito toxicidad hepática transitoria en lactantes cuyas madres estaban tomando carbamacepina. En cuanto al valproato, según los estudios realizados, su concentración en la leche oscila entre el 1 y el 25% de la concentración en plasma materno. En general, se acepta su utilización en este período.

**Benzodiazepinas** Loracepam se elimina muy escasamente a través de la leche, si bien los efectos de un tratamiento a largo plazo son desconocidos. No se dispone de información acerca de sus efectos cuando la madre toma esta sustancia



crónicamente; hay que considerar la posibilidad de acumulación de estos compuestos. Se aconseja evaluar cuidadosamente otros posibles tratamientos.

**Neurolépticos** Hay poca información acerca de estas sustancias durante este período. En un estudio realizado en una mujer que tomaba 30 mg/día de haloperidol, los valores hallados en la leche resultaron ser aproximadamente 2/3 de los encontrados en el plasma; no se observó ningún efecto adverso en el niño a los 6 meses ni al año de edad.

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.

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.

## **6.7 Terapia Electro convulsiva (TEC)**

La terapia electro convulsiva es un tratamiento eficaz y seguro en aquellos casos de depresión grave (marcada inhibición, riesgo vital, melancolía, síntomas psicóticos) o resistente al tratamiento farmacológico. Durante el posparto se puede realizar TEC con anestésicos compatibles con la lactancia materna. Es un tratamiento a valorar en algunos casos de depresión grave durante el embarazo.

Durante el posparto se puede realizar TEC con anestésicos compatibles con la lactancia materna. Aunque menos frecuentemente, también es un tratamiento a valorar en algunos casos de depresión grave durante el embarazo.

- La terapia electro convulsiva es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos
- Las pacientes deben mantenerse con antidepresivos después de una respuesta exitosa a la terapia electro convulsiva

La TEC puede ser considerada tratamiento de primera línea para pacientes con depresión severa y con retraso psicomotor grave (asociada a rechazo de la alimentación, que conduce al compromiso nutricional y deshidratación), tendencias suicidas activas y características psicóticas.

La TEC también puede considerarse en situaciones en las que se requiere de una respuesta antidepresiva particularmente rápida, como en el embarazo, y en pacientes con afecciones médicas comórbidas que impiden el uso de medicamentos antidepresivos.

### **Efectos secundarios de la TEC**

- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- náuseas.

## **6.8 Terapias complementarias y alternativas**

Varios tratamientos naturales efectivos para la depresión postparto están disponibles, desde suplementos hasta aromaterapia. Estos tratamientos se consideran seguros para una madre y su bebé que está amamantando, y son fáciles de incorporar a su plan de atención.

Los ácidos grasos Omega-3 son uno de los suplementos más comunes usados para tratar naturalmente los síntomas depresivos.

Son seguros para consumir durante y después del embarazo, y una investigación reciente ha encontrado que las mujeres con niveles más altos de ácido graso omega-3 DHA (ácido docosahexaenoico) tienen un riesgo mucho menor de desarrollar depresión postparto. Los suplementos de ácidos grasos omega-3 como el DHA pueden ayudar a controlar sus síntomas e incluso parecen prometedores como tratamiento preventivo.

### **6.8.1 Aromaterapia**

Un estudio piloto en 2012 concluyó que había efectos positivos del uso de la aromaterapia como tratamiento complementario para la ansiedad y la depresión postparto. Los aceites esenciales más comúnmente utilizados para la ansiedad y la depresión son la lavanda, el jazmín, el ylang-ylang, el sándalo, la bergamota y la rosa.

Los profesionales sanitarios no deben aconsejar el uso del extracto de Hypericum (hierba de San Juan) para los pacientes con depresión, debido a la falta de estandarización de la dosis y el riesgo de interacciones con varios medicamentos comunes, como la píldora anticonceptiva. Cuando algún paciente se encuentre utilizando el extracto de Hypericum para el tratamiento de la depresión, el médico general debe facilitar un examen completo de las interacciones potenciales con medicamentos.

### **6.8.2 Nuevas terapias: brexanolona**

La brexanolona es un nuevo fármaco con indicación específica para el tratamiento de la Depresión Posparto pendiente de ser aprobado por la agencia estadounidense reguladora del medicamento (FDA).

La brexanolona, una fórmula intravenosa del alopregnanolona, disminuye de forma rápida los síntomas de la depresión posparto moderada-grave en comparación con el placebo.

Una de las características principales de este tratamiento es la rapidez de acción ya que se nota mejoría a partir de las 48-60 horas de administración.

El tratamiento, que se aplica por vía endovenosa y en régimen de hospitalización, podría ser una opción terapéutica futura que disminuyera de forma significativa la duración de la depresión posparto. Los inconvenientes son el coste, la administración por vía endovenosa y en régimen de hospitalización y que aún no ha sido aprobada ni comercializada en España.

#### **Complicaciones en el tratamiento**

El tratamiento de la DPP tiende a dilatarse en el tiempo. Se producen retrasos primeramente en la detección, después en las propuestas de tratamiento y finalmente en el cumplimiento por parte de la paciente. Existen barreras para acceder al tratamiento que implican a las instituciones, los profesionales y las pacientes.

## **6.9 Terapias de apoyo**

### **Consejería**

La consejería es una actividad relevante en especial durante la adolescencia etapa en la cual los adolescentes se enfrentan a una serie de cambios que no sólo tienen que ver con la imagen corporal y la aparición de los caracteres sexuales sino con una nueva forma de ver la vida y el mundo que lo rodea y de establecer nuevas relaciones con sus padres su grupo de amigos y la comunidad en general el inicio de la capacidad reproductiva en el ejercicio de la sexualidad son cambios de suma importancia junto si las adolescentes no cuentan con información y orientación adecuada pueden vivir estos cambios desde una posición muy vulnerable la adopción de la conducta de riesgo las coloca ante el peligro de contraer una enfermedad como lo es el sida o de un embarazo no planeado frente a estas circunstancias la ayuda de un profesional de enfermería capacitado se convierte en muchos casos en la única posibilidad de recibir apoyo la consejería en salud sexual y reproductiva es una conversación privada y personal entre el consejero y la adolescente en algunos casos se brinda a la pareja.

### **Propósitos de la consejería**

proporcionar información el consejero brindará información en un lenguaje sencillo y claro a partir de las necesidades expresadas por los adolescentes orientar la formación de decisiones la intención es apoyar a los adolescentes a comprender una situación o problema y resolver sus dudas para que tomen decisiones de manera personal libre e informada y no se dan a las presiones de otras personas o grupos consultar sobre problemas específicos en este caso al consejero atender a un problema relacionado con la salud sexual infecciones de transmisión sexual embarazo no planeado métodos de anticonceptivos entre otros.

## **Apoyo y educación**

El apoyo y la educación comprenden una gama de tratamientos que ofrecen una mezcla de apoyo emocional y práctico, a menudo centradas en cuestiones útiles en relación directa o indirecta con el cuidado del recién nacido.

## **La psi coeducación**

La psi coeducación es un tratamiento estructurado de educación (a menudo se ofrece en grupos), que puede centrarse en la preparación para el parto o en los aspectos prácticos del cuidado de los hijos (después del parto). Los programas pueden tener únicamente un componente específico de salud mental, aunque más a menudo ofrecen un enfoque integrado sobre el embarazo, el parto, salud física y mental y el bienestar de la mujer y el niño. Una parte del programa se centra en la adaptación personal y social del padre y su rol después del nacimiento del hijo.

## **Grupos psicoeducativos**

Los grupos psicoeducativos aparecen como una experiencia muy positiva y beneficiosa para aquellas mujeres que participan en dichos grupos. Los miembros de un mismo grupo comparten una serie de características:

- Las motivaciones y los objetivos comunes son los mismos.
- Cumplen y comparten las normas previamente establecidas.
- Mantienen una interacción frecuente y cara a cara.
- Los participantes se definen a ellos como miembros del grupo y son definidos por otras personas como pertenecientes a dicho grupo.

## **Estrategias de autoayuda**

- Guía de autoayuda
- Terapia cognitivo-conductual por ordenador
- Actividad física

## 7: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 7.1 La enfermera ante la sociedad

Enfermería es el conjunto de estudios para la atención autónoma de cuidado de enfermos, heridos y personas con discapacidad, siguiendo pautas clínicas.

La enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan

#### 7.1.1 Funciones de la enfermería como profesión

La enfermería tiene cuatro funciones básicas o especializaciones:

- **Asistencial:** se enfoca en la función social y consiste en el cuidado de los pacientes.
- **Docente:** forma enfermeros y educa ciudadanos.
- **Investigadora:** recopila conocimientos médicos basados en evidencias para el mejor tratamiento.
- **Administradora:** consiste en la gestión del cuidado, la planificación, organización y evaluación de los profesionales con respecto a los cuidados médicos necesarios.

Los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades.

En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multi profesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud. Hay escasez de enfermeras en la Región de las Américas debido principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, a las diferentes condiciones de desarrollo económico de los países, las políticas de

recursos humanos en salud y de enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y a la falta de regulación profesional

Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.

## **7.2 Rol de la Enfermería**

La enfermería se ha auto identificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se auto determina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa. Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el



cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos

La gestión del cuidado debe incluir la creación de instrumentos, análisis reflexivo de datos para realizar un diagnóstico de enfermería donde se hable la respuesta de la persona y la causa de ésta. Se debe realizar una planeación de las intervenciones de enfermería para asegurar que la persona se encontrará en perfectas condiciones de cuidado humanizado.

Autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades, son los requisitos para poder formar a un profesional para poder realizar una correcta relación terapéutica. Por lo tanto, son los objetivos que se deberían incluir en la actualidad en las escuelas de enfermería, y no como pasa actualmente, que estas habilidades se creen innatas.

### **7.3 Proceso de atención enfermero (PAE)**

Es un concepto, incorporado en la naturaleza del ser humano como una necesidad básica que asegura la calidad en el cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico y permite individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Además considera al paciente cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismo para mantener su salud.

El sistema propuesto por Marjory Gordon, por patrones funcionales, puede ser utilizado en los diversos modelos de enfermería; facilitando el paso de la valoración al diagnóstico, reduciendo los errores entre la organización de los datos de la valoración y el agrupamiento de las categorías diagnósticas.

Las taxonomías de Diagnósticos Enfermeros de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), son resultados enfermeros Nursing Outcomes Classification (NOC), Clasificación de Resultados en Enfermería (CRE), Nursing Interventions Classification (NIC), y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), son utilizados para el desarrollo del cuidado enfermero como herramientas indispensables del lenguaje plural de enfermería.

#### **Objetivos**

El proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud.

#### **Etapas:**

El proceso del enfermero (a) consta de cinco etapas:

1. Valoración del paciente
2. Diagnóstico
3. Planeación

4. Ejecución
5. Evaluación del cuidado

### **7.3.1 Etapa de valoración:**

Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería”.

### **7.3.2 Diagnóstico de enfermería**

Proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir su rol y ámbito particular. A partir de la fase diagnóstica debe unificarse el lenguaje de la práctica. Para ello, es necesario integrar la utilización de las taxonomías de los Diagnósticos Enfermeros propuestos por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), posteriormente una vez que se han identificado los problemas reales o potenciales, se formulan las intervenciones (actividades) de enfermería para prevenir, reducir o eliminar los problemas.

### **7.3.3 valoración y diagnóstico**

Es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente. Las fuentes de información primarias son: paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión).

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por Virginia Henderson.

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de alimentación e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de termorregulación.

5. Necesidad de evitar peligros.
6. Necesidad de moverse.
7. Necesidad de descanso y sueño.
8. Necesidad de uso de prendas de vestir.
9. Necesidad de protección a la piel.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según creencias.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y recreación.
14. Necesidad de aprendizaje.

#### **7.3.4 planificación**

En ésta se plantean los objetivos tanto para la enfermera como para el paciente, que serán a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a prioridades.

#### **7.3.5 ejecución**

Son "todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente", dichas intervenciones están encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, se definan las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente. Para conocer los resultados de las intervenciones de enfermería se evalúa continuamente todo el proceso y sobre todo la planificación.

#### **7.3.6 evaluación**

Es la última etapa del plan de atención, se basa en las cuatro etapas básicas, además de la planificación de alta, que es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación realizada para facilitar la administración de los cuidados sanitarios.

## **7.4 Diagnósticos de enfermería**

### **Patrón: 1 Percepción y manejo de la salud**

- 00078 Gestión Ineficaz de la propia salud
- 00079 Incumplimiento
- 00099 Mantenimiento Ineficaz de la Salud
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
- 00188 Tendencia a Adoptar conductas de riesgo para la salud

### **Patrón: 2 Nutricional y Metabólico**

- 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
- 00102 Déficit de autocuidado: alimentación
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición

### **Patrón: 3 Eliminación**

- 00011 Estreñimiento
- 00015 Riesgo de Estreñimiento

### **Patrón: 4 Actividad y Ejercicio**

- 00092 Intolerancias a la actividad
- 00097 Déficit de actividades recreativas
- 00108 Déficit de autocuidado: baño
- 00109 Déficit de autocuidado: vestido
- 00199 Planificación ineficaz de las actividades

### **Patrón: 5 Reposos y sueño**

- 00198 Trastorno de patrón del sueño

### **Patrón: 6 Cognitivo y Perceptual**

- 00126 Conocimientos Deficientes
- Disposición para mejorar los conocimientos

### **Patrón: 7 Autoconcepción y Auto concepto**

- 00072 Negación Ineficaz
- 00120 Baja Autoestima Situacional
- 00124 Desesperanza
- 00125 Impotencia
- 00146 Ansiedad

### **Patrón: 9 Sexualidad y Reproducción**

- 00065 Patrón sexual Ineficaz

**Objetivo:** favorecer la adecuada función sexual mejorando su autoestima.

**Actividades:** asesoramiento y manejo de la conducta sexual, potenciación de la autoestima con un buen apoyo emocional y mediante una escucha activa. Favorecer la socialización.

- **Sensación de Desamparo:** relacionado con el medio de asistencia a la salud evidenciado por la insatisfacción, mal humor.

**Intervenciones:** transmitir empatía, con el objetivo de promover la verbalización de las adolescente de dudas; temores, preocupaciones y la razón de su descontento; ayudar al adolescente a no sentirse desamparado, ayudando a identificar los puntos importantes y ventajas personales. Tener tiempo para escuchar las percepciones y preocupaciones.

## 7.5 Valoración de la depresión desde los patrones funcionales de la salud.

Las personas afectadas por la depresión tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, aunque en los primeros estadios no son capaces de reconocer su carácter de enfermo. Esto hace que, en general, consideren su situación de forma inadecuada, buscando razones externas

- **Nutricional metabólico:** La depresión induce a la pasividad, y se produce anorexia (que significa pérdida del apetito, no confundir con la patología de igual denominación), con pérdida de peso, desarreglos digestivos: aerofagia, digestiones lentas. Parte de esta problemática se vincula a elementos de tipo perceptivo.
- **Eliminación:** Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales.
- **Sueño-descanso:** Desequilibrios extremos y pérdida del ritmo basal propio: hipersomnia o insomnio. La percepción de cansancio es mayor por la mañana, con tendencia a dormir fuera de horas para mitigar el cansancio, y se reduce a lo largo del día. De noche se produce dificultad para dormir, que a veces consiste en una percepción de mala calidad del sueño nocturno, aunque objetivamente el paciente duerma.
- **Percepción de sí mismo-auto concepto:**
  - Percepción pesimista y negativa de sí mismo.
  - Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad.
  - Vacío vital.
- **Afrontamiento-tolerancia al estrés:**
  - Inhibición ante el cambio.
  - Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos.
  - Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.

## **7.6 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.**

Establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención del recién nacido.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez

### **Objetivo**

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales

### **Campo de aplicación**

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

La Ley General de Salud en su artículo 3o. fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico.



## **Capítulo VIII: Cuidados de enfermería en Depresión posparto**

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas y se clasifica como una teoría deductiva en sí misma. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

### **Papel de Enfermería: atención primaria**

Papel de Enfermería: atención primaria En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, entre un 13.9-29% de los pacientes atendidos en la consulta de atención primaria presentan dicho trastorno.

### **Valoración inicial**

En la consulta de enfermería de atención primaria, en dónde la enfermera tiene contacto directo con todos los pacientes de su cupo, deberá reconocer a las pacientes potencialmente depresivas mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas. A todos esos pacientes se les deberá pasar Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas. Este cuestionario es una herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión.

### **Prevención y promoción de la salud mental**

El ámbito de la atención primaria es un ámbito idóneo para prevenir la aparición de enfermedades mentales por varias razones principales:

1. Es el nivel asistencial más cercano a la población.
2. Es una institución social con un contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos.
3. Los pacientes consultan de forma repetida y continuada a los profesionales de atención primaria en los que depositan su confianza.
4. Los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de atención primaria tienen una peor evolución.

El personal de enfermería de los centros de salud juega un papel relevante, fundamental en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población a la que atiende.

La enfermera evaluará las necesidades de tipo preventivo de las mujeres de la comunidad a la que atiende, centrando la atención en los grupos más vulnerables: adolescentes, mujeres, familias con problemas. El enfoque de la prevención se centrará en los factores de estrés que provocan la desadaptación de los grupos de personas anteriormente mencionados. Sus actuaciones van dirigidas a preservar y mantener la máxima autonomía del paciente depresivo, la atención y soporte a sus familias y potenciar su reinserción social y laboral

Las actividades de promoción de la salud mental se centran principalmente en la creación de condiciones individuales, comunitarias y del entorno que permiten un desarrollo óptimo para mejorar la calidad de vida de todos los individuos de la población.

## **8.2 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.

Etapa consiste en la realización de las intervenciones de enfermería que se han ideado durante la planificación anteriormente descrita del plan de cuidados, a las intervenciones propuestas para este proceso enfermero deben aplicarse durante el mes que está citada la paciente, durante nuestras sesiones, aunque se pueden seguir aplicando tras el alta y siempre y cuando la madre lo necesita.

Valorar a la madre como 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 posparto). Se deben localizar los riesgos reales y potenciales desde esta primera vista. Se potenciaría la escucha activa, permitiendo la paciente expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así como se entenderá mejor su situación individual y se irán enfocando los cuidados hacia dónde diagnosticamos necesidades más prioritarias. Se valorará el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza se hará hincapié en la ayuda que necesita para mejorar su estado de salud: daremos esperanza través del ambiente y los 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 el nivel de colaboración, posibilidades y posición que toman ante la madre y su recién nacido.

Es importante valorar el bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signos de abandono. La familia estará prestando los cuidados de manera adecuada, supliendo a su madre. En caso contrario, se canalizará automáticamente un especialista.

### 8.3 Relación terapéutica

La relación terapéutica es aquella que se establece entre la enfermera y el paciente. Se puede afirmar que esta relación es una relación profesional, que se basa en la interacción persona enfermera cuyo objetivo primordial es la recuperación del paciente.

Un mecanismo indispensable para el manejo de la depresión es crear con el paciente una relación de confianza que será clave para poder aplicar los cuidados que necesite. Mediante esta relación la enfermera llegará a conocer a su paciente y a establecer un vínculo con ella para poder proporcionar unos cuidados de manera eficaz e individualizados, adaptados a las necesidades de cada mujer y de su situación vital.

Es de gran importancia la adquisición por parte de enfermería de conocimientos necesarios para participar de forma efectiva en dicha relación, así como habilidades y actitudes para generar una relación de ayuda que sea eficaz. Las cualidades que debe de tener toda relación terapéutica con el respeto mutuo, la empatía por el prójimo y el reconocimiento.

Los principales elementos de los factores personales en el profesional sanitario son:

- Orientación teórica.
- uso del lenguaje.
- variables individuales y las variables socio-culturales.

La empatía es un requisito indispensable a la hora de iniciar la relación terapéutica. Esta cualidad permitirá a la enfermera acceder al mundo interior del paciente y percibir con claridad el significado que tiene para el paciente su existencia vital.

Durante la relación enfermera-paciente no se deben realizar juicios de valor, hay que hacerle saber que se evaluará la situación inicial en base a sus valores y experiencias vitales. Esto contribuirá a que el individuo active sus propias estrategias de afrontamiento para superar la situación.

- **Las variables socio-culturales** más conocidas son la etnia, el género y la edad aunque también influyen la clase social, los ingresos económicos, la situación política del país... entre otros muchos.
- **Dentro de las variables individuales**, el nivel de adaptabilidad de la enfermera a contextos nuevos es una de las más importantes. Esta debe tener una gran capacidad de retrospectión, conocerse a sí misma muy bien y ser rígida en el mantenimiento de los esquemas y valores propios.

Cada relación terapéutica es única y depende exclusivamente de las personas que las conforman. Cada persona tiene sentimientos, pensamientos y formas de actuar distintas, es por ello que esta relación se tendrá que adecuar a las personas que forman dicha relación, al contexto y momento.

Uno de los problemas subyacentes que se nos presenta es la influencia de lo personal en lo profesional ya que la empatía produce una proximidad afectiva que se debe regular para no perder la distancia terapéutica necesaria. La enfermera no deberá experimentar la misma situación personal del paciente para poder comprender cómo se siente, así como tampoco es necesario que esté de acuerdo con la actitud que posea, simplemente debe comprender sus sentimientos y emociones que subyacen bajo el comportamiento que adopta.

La relación terapéutica enfermera-paciente en el ámbito de la salud mental es fundamental para poder realizar intervenciones enfermeras eficaces, para poder trabajar con el paciente y ayudarlo en el transcurso de su enfermedad. De esta relación no sólo sale beneficiado el paciente, sino también la enfermera puesto que esta relación supone para ella una experiencia y crecimiento persona

## **8.4 Realización de actividades**

El objetivo de llevar a cabo estas actividades es fomentar las medidas de precauciones que se deben llevar a cabo para no caer en un episodio de depresión posparto y sepan distinguir los signos principales de esta patología.

- Se observara en la paciente el estado general, el auto cuidado e higiene, y toma de constantes. se buscará cualquier alteración que pueda complicar el proceso de la enfermedad de la puérpera.

En el caso de la depresión posparto, al ser un proceso psicológico, de prestar a toda la atención durante la entrevista y realización de los cuidados, temas de conversación, tono, lenguaje, postura, mirada, gestos, estado de ánimo preocupaciones y miedos.

Será lo que guíe 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 con el profesional que la trata, y colabora en su propia recuperación. La escucha activa, apoyo emocional, empatía y positividad son valores que no deben de faltar nunca en la consulta.

### **8.4.1 Actividades**

Se implementarán actividades donde tanto el personal de enfermería como familiares se deben involucrar de manera que puedan ayudar a sobrellevar dicha patología para la cual se plantea las siguientes:

- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.
- Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Potenciación de la autoestima.

- Animar a la paciente a identificar sus virtudes.
- Animar a la paciente a que acepte sus nuevos desafíos.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Explora los las razones de la autocrítica o culpa.
- Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y o un cambio de conducta.
- Punto ayudar a la paciente identificar las áreas en las que se podría asumir fácilmente más responsabilidad.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

Se llevará a cabo un registro de cada una de las actividades realizadas y el incremento de aprovechamiento que se vaya obteniendo durante estas actividades para así mismo poder identificar con mayor exactitud el grado de mejoría en estos pacientes que cursan estos episodios.

Se deben registrar en su historia clínica La realización de los cursos y los resultados y el estado de la paciente al alta definitiva.

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 y un futuro ya que conoce su situación y necesidades.

Esto servirá para poder rectificar o modificar los cuidados y no dan el resultado esperado, o implementarlos en futuros procesos enfermeros y obtienen el éxito. En esta etapa del proceso enfermero se tendrá la oportunidad de averiguar si las

intervenciones que se propusieron han dado resultado, cumpliendo los objetivos marcados. Con la madre con depresión posparto se evaluarán las actividades cotidianamente, como revisando el aporte de enfermería de la sesión anterior y la historia clínica antes de comenzar con la siguiente intervención. Además se preguntará la paciente y familia cómo evaluar en cada sesión una vez finalizada, lo que invitara que se pierda información ya que está reciente todo lo contenido.

Para ello se llevará a cabo una serie de actividades que conlleven a fomentar el autoestima de la paciente y detectar el punto exacto por el cual se está desencadenando esta patología, igual que se ayudara a la paciente a fomentar más sus emociones en ciertos puntos de la autoestima que se encuentran en un nivel muy bajo para la aceptación entre el nuevo binomio madre e hijo ya que el nacimiento de un nuevo ser genera cierto afrontamiento a una nueva etapa de la vida.

#### **8.4.2 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.



Resumiendo el tema, el puerperio es el período, desde que termina el alumbramiento hasta que el organismo de la mujer recupera su estado normal pre grávido y aparece la primera menstruación.

El puerperio comprende 3 períodos: puerperio inmediato que abarca las primeras 24 h; puerperio mediato que dura 10 días; puerperio tardío que abarca desde el oncenno día a los 42 días.

Los cuidados de Enfermería en el puerperio toman en cuenta los cambios físicos de involución y recuperación de los órganos reproductores y del organismo en general, que se producen durante esta etapa y, las necesidades físicas y psicológicas de la madre. Tiene el objetivo de realizar intervenciones de Enfermería oportunas para favorecer la curación y evitar complicaciones; fomentar y favorecer el desarrollo de la relación madre y recién nacido, ayudar a la madre y a la familia a adaptarse con éxito a las transiciones del posparto.

Las complicaciones puerperales más frecuentes según el índice de incidencia son: la hemorragia, la infección puerperal, la enfermedad trombo embolica, mastitis, infección del tracto urinario y la psicosis puerperal.

para llevar a cabo una buena actuación enfermera es importante realizar valoración desde el inicio teniendo no sólo en cuenta su historia clínica y la necesidades que poseen y que nos necesitan tratar y para ver los cambios en la evolución de la enfermedad punto además coma es necesario valorar positivamente todos los logros que haya conseguido y sus esfuerzos. Es importante educar en la salud como promoviendo tanto los cuidados cómo los cuidados correctos para el bebé coma para así potenciar la autoestima y la seguridad de la paciente como dándole cierta independencia punto no obstante como es primordial hacerle ver la importancia de pedir ayuda a su pareja como familiares y demás personas cercanas cuando lo necesite tanto para cuidarla a ella como a su bebé y para dedicar cierto tiempo al descanso y el ocio coma y que los cambios que debe llevar a cabo para adaptar a su nueva vida es necesario que se haga de forma progresiva.

Por lo anterior cómo es necesaria historia un buen sistema de apoyo social como por parte de las personas cercanas como las cuales como también deben participar en ese proceso y educar a la salud dándole a conocer la información sobre la depresión para que puedan detectar posibles empeoramiento mejor así sobre los cuidados que deben hacer al recién nacido.

Respecto a la nutrición debemos hacerle ver a la importancia de llevar a cabo una dieta adecuada enseñándole además a planificar las comidas según sus necesidades y preferencias también es relevante fomentar el ejercicio físico

### **8.5 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.

### **8.6 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 pueda 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.

Es muy importante que, desde la enfermería, se identifique esta alteración de la salud y se proporcionen los cuidados adecuados.

Seguendo los patrones funcionales de salud, se deben valorar todos los aspectos:

- **Percepción/manejo de la salud:** prevención de consumo de sustancias nocivas, aumentar los sistemas de apoyo, mediación en conflictos.
- **Adaptación/tolerancia al estrés:** disminuir la ansiedad, terapia familiar, potenciar la seguridad en sí misma.
- **Auto concepto:** potenciar la autoestima, manejo ambiental de seguridad, evitar autolesiones, potenciar la imagen corporal...
- **Nutrición/Metabólico:** Manejo de la nutrición, educación sanitaria y manejo del peso.
- **Eliminación:** Manejo del estreñimiento
- **Actividad/ejercicio:** manejo de la medicación, fomento de las actividades de ocio, ayuda con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- **Sueño/Descanso:** Fomentar el sueño, manejo de la medicación.
- **Cognitivo/perceptual:** Entrenamiento de la memoria, estimulación cognoscitiva, facilitar el aprendizaje, orientación de la realidad y control nivel del dolor.
- **Sexualidad/reproducción:** asesoramiento sexual, terapia de pareja.
- **Rol/Relaciones:** terapia con el entorno, modificación de la conducta, habilidades sociales, potenciales de roles, mantenimiento en procesos familiares, fomentar la implicación familiar apoyo principal y a la familia.
- **Autopercepción/Autoconcepción:** Potenciación de la autoestima y potenciación de la conciencia de sí mismo, manejo ambiental.

Estos son algunos de los puntos clave, sin embargo, resulta esencial una buena relación entre la enfermera y el paciente-familia para poder llevar a cabo un cuidado integral y beneficioso para la persona que sufre el trastorno.

## 8.7 Cambios psicológicos

Dentro de los cuidados que se van a llevar a cabo, la enfermera previamente a estos debe de constar con el conocimiento de saber identificar los cambios psicológicos por la cual se caracteriza la depresión posparto, las modificaciones anatómicas, psicológicas y funcionales durante el embarazo son múltiples y debemos conocerlas para saber distinguir cuando se presenta alguna patología que ponga en peligro la vida tanto del feto como de la madre.

En mayor o menor grado todos los embarazos sufren cambios psicológicos ya que por cambios hormonales son muy lábiles desde el punto de vista emocional, por lo que tal actitud ante ella la pone sensible e inclusive depresiva. Toda embarazada reclama cariño, amor, respeto y afecto además de un compromiso y comprensión de parte del núcleo donde ella se desarrolla principalmente de la pareja.

En caso de las madres solteras los problemas se acentúan al no contar con el respaldo de su pareja como todo esto le puede causar más conflictos y a grabar la depresión como la embarazada tiene tendencia al llanto disminuye la libido lo que va a ocasionar conflictos con la pareja coma cefalea e i o u origen tensional coma falta de concentración coma distraídas punto embarazada tiene dos grandes temores dos puntos cómo vendrá su hijo y cómo le va a ir en su parto punto

Su cuerpo de formarse por el avance del embarazo entonces se siente en desventaja con respecto a otras mujeres de ahí se vuelve más celosa punto de papel que la enfermera debe desempeñar como debe ser brindarle apoyo emocional embarazada como una buena información médica cómo darle seguridad y explicándole como con un lenguaje razonable o comprensivo para ella como de acuerdo a su nivel cultural punto rara vez la embarazada requiere antidepresivos y si se detectan cambios psicológicos peligrosos o severos se canaliza al psicoterapia se evalúa la posibilidad de ministrar medicamentos antidepresivos eligiendo los que tengan menos efectos adversos al feto junto la embarazada que presenta depresión hay que tenerle en observación ya que podía desarrollar una depresión posparto psicosis por parto.

Los primeros meses de vida son primordiales por establecer un vínculo afectivo entre la madre y su hijo que se les unirá para siempre juntos este vínculo se ve gravemente dañado en la época en la que dura la depresión punto el recién nacido se puede ver faltó de atenciones y cuidados coma pero sobre todo coma falta de afecto y cariño incondicional de una madre en esos primeros días y meses de vida en el que se desarrollan multitud de aptitudes cognitivas y sociales en el que estimularon o al bebé es decisivo de alcanzar su capacidad intelectual motora y óptima

Otro punto de caer de los factores que ocasionan la depresión posparto cómo son los prejuicios sociales la depresión en general es una patología que cuestan mucho diagnosticada por la vergüenza qué edad me tiré que se está enfermo y que necesita ayuda la población está mucho más consciente de sentir empatía y compasión por patologías físicas pero si no ven un tumor una escara

Además del tratamiento farmacológico como existen terapias su intervención no farmacológica para poder manejar la depresión posparto juntos desde enfermería tenemos un papel muy importante desde el momento posterior del parto como en la unidad de maternidad hasta el tiempo después de atención primordial primaria por lo tanto es importante que hay una correcta formación hacia la enfermera sobre qué es la depresión posparto y todo lo que lleva con este.

Por otro lado como el primer día que es una buena relación enfermera paciente donde predomina la confianza y comunidad como para conseguir que la paciente expresa sus sentimientos como miedo como emoción es etcétera intentando que reconozca las causas que desencadenan los sentimientos y pensamientos negativos punto así como importante preguntarle sobre posibles ideas suicidas que pueda tener además es fundamental poder nos a disposición continua para cualquier ayuda que necesites.

Para llevar a cabo una buena actuación enfermera es importante realizar valoración desde el inicio teniendo no sólo en cuenta su historia clínica y la necesidades que

poseen y que nos necesitan tratar y para ver los cambios en la evolución de la enfermedad punto además como es necesario valorar positivamente todos los logros que haya conseguido y sus esfuerzos.

Es importante educar en la salud como promoviendo tanto los cuidados cómo los cuidados correctos para el bebé coma para así potenciar la autoestima y la seguridad de la paciente como dándole cierta independencia punto no obstante como es primordial hacerle ver la importancia de pedir ayuda a su pareja como familiares y demás personas cercanas cuando lo necesite tanto para cuidarla a ella como a su bebé y para dedicar cierto tiempo al descanso y el ocio coma y que los cambios que debe llevar a cabo para adaptar a su nueva vida es necesario que se haga de forma progresiva.

Por lo anterior cómo es necesaria historia un buen sistema de apoyo social como por parte de las personas cercanas como las cuales como también deben participar en ese proceso y educar a la salud dándole a conocer la información sobre la depresión para que puedan detectar posibles empeoramiento mejor así sobre los cuidados que deben hacer al recién nacido

Respecto a la nutrición debemos hacerle ver a la importancia de llevar a cabo una dieta adecuada enseñándole además a planificar las comidas según sus necesidades y preferencias también es relevante fomentar el ejercicio físico

En relación al sueño y descanso tenemos que ayudarla a eliminar los problemas que presente punto así debemos enseñar a programar y priorizar actividades para acomodar los niveles de energía como de forma que es importante que dentro de la vida cotidiana los cuidados del bebé como actividades de ocio y descanso pudiendo aprovechar las horas de sueño del bebé para dormir junto en este sentido es muy adecuado fomenta terapia de relajación

- las enfermedades proporcionan cuidados individualizados y flexibles durante el posparto pasando en la identificación de síntomas depresivos y de preferencia de la madre.
- las enfermedades deben poner en marcha estrategias de prevención en el posparto.
- las enfermeras deben alertar a la madre después del parto por sí mismas.
- Las enfermeras deberán proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuas entradas en la necesidad de la salud mental en las madres porque experimentan síntomas depresivos
- las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia de presentan síntomas depresivos

## **8.8 Papel de Enfermería: hospitalización psiquiátrica**

### **Síndrome serotoninérgico**

Las pacientes poli medicados con tratamiento con fármacos que inhiben la recaptación de serotonina poseen un riesgo mayor de padecer el “Síndrome serotoninérgico” caracterizado por la triada clínica de alteración del *status* mental, trastornos di autonómicos y alteraciones neuromusculares. Este síndrome se produce por una sobre estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos. Normalmente, el cuadro sintomático se resuelve tras suspender el fármaco vinculado a su producción pasadas 24 horas.

Los criterios diagnósticos para el Síndrome serotoninérgico son:

- Aumento de dosis o inicio reciente de un agente serotoninérgico a un tratamiento preestablecido, y la presencia de 4 síntomas mayores o 3 síntomas mayores y dos menores.



- síntomas no deben ser el resultado de un trastorno psiquiátrico previo al inicio del tratamiento con el agente serotoninérgico ni a una intensificación del mismo.
- No debe haber sido introducido un tratamiento antipsicótico, ni aumentadas sus dosis antes de la presentación de los síntomas.
- Se deben excluir causas infecciosas, metabólicas, endócrinas o tóxicas.

Si se sospecha que el cuadro de inestabilidad puede ser producido por el síndrome serotoninérgico se debe avisar al facultativo y controlar la frecuencia del pulso y la presión arterial del paciente en todo momento.

### **Intervención de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresa del hospital**

El profesional de enfermería realizó control post parto de la mujer puérpera y el recién nacido en la primera semana post parto. El profesional de enfermería aplicó el cuestionario de prácticas de cuidado de que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto alimentación higiene medicamentos y control posparto.

## Conclusión

La depresión posparto tiene gran impacto en la salud de las madres y sus hijos, dado que afecta especialmente el desarrollo cerebral temprano, y atenta contra la adquisición de vínculos sanos y el desempeño socioemocional, limitando las expectativas de salud y felicidad futuras. Es una patología que está relacionada a un conjunto de factores de estrés como tristeza, desánimo, llanto sin motivo aparente empatía por su entorno y aislamiento familiar por lo que se caracteriza por un trastorno afectivo que se diferencia de la depresión crónica y mayor propiamente porque a pesar de presentar los mismos síntomas la diferencia es que dentro de la depresión posparto los síntomas sólo se presenta durante el puerperio inmediato o dentro de la primer año posterior al parto, en esta investigación se llegó a la conclusión que en muchos de estos factores afectan a la mujer después del puerperio tiene que ver con la manera en que los pacientes con esta patología se enfrentan la intervención de la enfermera sobre los cuidados que le brinda ya que esta patología debe ser un objeto de diagnóstico adecuado.

Al finalizar el tema de investigación sobre la depresión posparto se obtuvieron como resultados que afectivamente la patología de la depresión posparto no cuenta con un registro preciso del número de casos presentados ya que existen factores que dificultan su diagnóstico y tratamiento oportuno y registro de la misma el principal factor que en la mayoría de los casos los signos y síntomas se presentan después del egreso hospitalario la paciente desconoce que se encuentra sufriendo una depresión del puerperio motivo por el cual se encuentran propensos a que la enfermedad avanza puntos críticos donde ya se ve gravemente afectada la salud de la paciente y el bienestar de la familia y el recién nacido.

En la depresión posparto, es necesario un enfoque multidisciplinar y se sugiere realizar un abordaje integral de la mujer durante embarazo, parto y posparto. El rol de las enfermeras para prevenir, detectar e identificar factores de riesgos así como signos y síntomas de la depresión posparto es esencial e imprescindible. En cuanto La base para una buena actuación enfermera es valorar la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos.

A través de la investigación de campo en donde encontramos que la enfermería es la que entabla un contacto más estrecho con la paciente por lo que es más fácil detectar signos y síntomas ya que las enfermeras deben conocer los factores de riesgo de la depresión posparto que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, proporcionar el apoyo necesario durante embarazo y posparto y fomentar el apoyo por parte de familiares y amigos. Además, una detección precoz de la depresión posparto es importante para poder abordar la enfermedad a tiempo y prevenir complicaciones. Las enfermeras deben realizar el cribado en las visitas de consulta rutinarias y la herramienta más eficaz para ello es la EPDS, aunque también se pueden utilizar otras escalas.

Las intervenciones psicosociales y psicológicas, realizadas tanto para prevención para tratamiento de la DPP, son cada vez más frecuentes. Asimismo, aumenta el número de estudios que demuestran la eficacia de las intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermeras. Sin embargo, el tratamiento farmacológico es una opción a considerar ante un caso de DPP. Por último, las enfermeras también deben conocer la eficacia del ejercicio físico como tratamiento, ya que disminuye el estrés.

Dentro de la investigación de campo se obtuvieron datos muy significativos los reafirman la base teórica de nuestra investigación estos datos nos permitirían identificar cuáles son las acciones de enfermería para prevenir y disminuir las complicaciones de la depresión posparto el cual fue nuestro objetivo principal la investigación y llegando a la siguiente conclusión enfermería debe brindar un ambiente cómodo y de confianza la paciente creando empatía en ellas atendiendo sus necesidades en la salud de forma oportuna en aclaraciones usas y brindando información en educación a la ciencia y familiares sobre la depresión posparto.

La evaluación requiere a su vez una atención especial y un análisis complejo de acuerdo a las variables que interactúan entre sí para favorecer la aparición de esta enfermedad. Una de las cosas que más llamó la atención de esta investigación es que para llevar a cabo una evaluación fiable y pueda hacerse en ella la intervención de enfermería y la interacción enfermera paciente se debe tener en conocimiento de

cuadro sobre las etapas en las que se presenta esta patología y así poder detectar la y prevenir a tiempo cada una de las mujeres después del alumbramiento.

En cuanto los objetivos se obtienen la identificación de los factores de riesgo que desencadenan esta patología. Teniendo el personal de enfermería el conocimiento básico para llevar a cabo las intervenciones pertinentes planteadas en los objetivos e hipótesis de la presente investigación.

## 10. BIBLIOGRAFÍAS

### 10.1 Básica

- Winnicott, D.W (1962). "El proceso de maduración en el niño". La integración del ego en el desarrollo del niño. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Winnicott, D.W. (1947). El Odio en la Contratransferencia. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona, España: Editorial Laia. □ Winnocott, D.W. (1949). "La Mente y su Relación con el Psiquesoma". En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561–571
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bibliografía general Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. JOGNN/NAACOG. 2002;31:
- Casper RC (editor). Women s health: hormones, emotions and behavior.
- Cambridge: Cambridge University Press; Ferrando L. La depresión en la mujer. Psiquiatría y Atención Primaria. 2003
- Frank E (editor). Gender and its effects on psychopathology.
- Washington: American Psychiatric Press; Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA (editores).
- Psychopharmacology and women: Sex, gender and hormones. Washington: American Psychiatric Press; Leal C, et al (editores).
- Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona: Masson; Otero A.
- Trastornos bipolares y ciclo reproductivo. En: Vieta E, Gastó C (editores).
- Trastornos bipolares. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; p Piera M. Depresión. Atención clínica. Farmacia Profesional. 2001;15: Torres P, Gutiérrez L, Robles I.
- Trastornos afectivos en los ciclos hormonales de la mujer. Salud Global (revista electrónica) Disponible en: pdf Vallés G, Vallés JA, Ruvireta A, Giralt J

## 10.2 Complementaria:

Gómea AE. Depresión en el embarazo y el posparto Síntomas, Epidemiología y tratamiento farmacológico. Ámbito Farmacéutico (Educación Sanitaria)

Disponible: <https://docplayer.es/17598568-Depresion-en-el-embarazo-y-elposparto-sintomas-epidemiologia-y-tratamientofarmacologico.html>

- Torres A, García LL (dir), Subirà S (dir). Depresión posparto, hostilidad y hábitos de salud [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Autónoma de Barcelona; 2013

Disponible: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf?sequence=1>

- Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. Disponible: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
- Kupfer DJ, Regier D, Arango C, Ayuso J, Vieta E, Lífante A. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ed (DSM-V). Arlington-EE.UU: Panamericana; 2014.
- Mora M. Depresión postparto y tratamiento. Revista Médica de Costa Rica [Internet]. 2016

Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>

- Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, et al. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. Revista Psiquiatría Salud Mental [online] 2016.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27939026>

- Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27linkresolverrecomendacionesprevencion-los-trastornos-saludS0212656716301895>.

□ Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud mental.

- Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en Colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Malbourne. Ginebra: OMS; 2004.

Disponible en:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. Papeles del Psicólogo.

Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>

### 10.3 Electrónica

- <https://psisemadrid.org/maternity-blues/>
- <https://psiquiatria.com/glosario/disforia-postparto#:~:text=Sin%C3%B3nimo%3A%20disforia%20postparto%2C%20ba%20blues,en%20una%20o%20dos%20semanas.>
- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresionposparto/causas> <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartumdepression/symptoms-causes/syc-20376617>
- <https://lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-queconsiste/>
- <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresionposparto/tratamiento> <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartumdepression/diagnosis-treatment/drc-20376623>
- <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/346/norma-oficial-mexicana-nom-007-ssa21993atencion-mujer-durante-embarazo-parto-puerperio#:~:text=M%C3%A9xico-.Norma%20Oficial%20>
- [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_mexico\\_0090.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf)
- <https://www.areahumana.es/depresion-y-tristeza-postparto#:~:text=Acompañan%20estas%20emociones%2C%20mayor,y%20desaparecen%20por%20sus%20solos.>
- <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>



## GLOSARIO:

### A

- **Afección:** Enfermedad que se padece en una determinada parte del organismo.
- **Atonía:** Falta de tono muscular y de la tensión o vigor normal de ciertos tejidos orgánicos, especialmente los contráctiles
- **Autoestima:** 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.
- **ADN:** El ácido desoxirribonucleico, es un ácido nucleico que contiene las instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos y algunos virus; también es responsable de la transmisión hereditaria.
- **Antagonista:** Tipo de fármaco que al unirse a un receptor celular no provoca una respuesta biológica, pero bloquea o detiene respuestas mediadas por agonistas.
- **Autopercepción:** Es como percibes tu forma de ser y comportarte con los demás.
- **Autoconciencia:** Separación que hace el hombre de sí mismo respecto al mundo objetivo, toma de conciencia de su relación con el mundo, de su propio ser como persona, de su conducta, de sus actos, pensamientos y sentimientos, de sus deseos e intereses.
- **Autocrítica:** Crítica que una persona hace de sí misma o de su obra.
- **Anhedonia:** es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.
- **Adolescencia:** Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.
- **Aromaterapia:** Es una forma de medicina alternativa basada en el uso de materiales como aceites esenciales.
- **Anticonceptivo:** contracepción o control de la natalidad es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo no deseado.
- **Aborto:** Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

## B

- **Bipolaridad:** El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo (animostato).
- **Benzodiacepinas:** Son medicamentos psicotrópicos actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos y amnésicos.
- **Bergamota:** Bergamia, pera del Bey, o bergamota, es una fruta cítrica usada para purificar y elevar el estado de ánimo.
- **Binomio:** Conjunto de dos personas o cosas tomadas como unidad o como elementos en equilibrio o dependientes uno de otro

## C

- **Cognición:** La cognición es la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información.
- **Cefalea:** Es el dolor o molestia en la cabeza, el cuero cabelludo o el cuello que a menudo está asociado con tensión de los músculos en estas zonas.
- **Crianza:** al acto y la consecuencia de criar: cuidar, alimentar y educar a un ser vivo, o producir o desarrollar algo.
- **Comorbilidad:** Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

## D

- **Distimia:** El estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos síntomas de depresión.
- **Disforia:** Emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud.
- **Desesperanza:** Estado del ánimo en que ha desvanecido la esperanza.

## E

- **Estrógenos:** Son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios.
- **Euforia:** Estado del ánimo propenso al optimismo que, como fenómeno patológico, se observa en algunas intoxicaciones y enfermedades del sistema nervioso.
- **Endocrinas:** El sistema endocrino, también llamado sistema de glándulas de secreción interna.

- **Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.
- **Etiología:** La etiología es la ciencia centrada en el estudio de la causalidad de la enfermedad.
- **Empatía:** Es la capacidad que tiene una persona de percibir en los sentimientos, pensamientos y emociones de los demás.
- **Embarazo:** Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero.

## F

- **FSH:** Hormona folículo-estimulante es una hormona del tipo gonadotropina, que se encuentra en los seres humanos y otros mamíferos.
- **FDA:** La Administración de Medicamentos y Alimentos es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos.
- **Fístula:** Son el producto de una lesión o cirugía. Las infecciones o inflamaciones también pueden provocar que se forme una fístula.

## G

- **Gonadotropina coriónica:** La gonadotropina coriónica humana, es una hormona glicoproteica producida durante el embarazo por el embrión en desarrollo después de la fecundación y posteriormente por el sincitiotrofoblasto.

## H

- **Hipertimia:** Es un trastorno de ánimo caracterizado por un exceso de la actividad, acompañada habitualmente de cierta euforia, afectividad excesiva, verborrea, y exaltación.
- **Hipomanía:** Es un estado de ánimo que se caracteriza por una excitación o euforia que se presenta de manera más leve que en la manía.
- **Heterogéneo:** un sistema heterogéneo es un sistema termodinámico formado por dos o más fases.
- **Hypericum:** El hipérico o hierba de San Juan es una de las plantas medicinales que gozaban de mayor reputación en la Antigüedad clásica.
- **Hostilidad:** En términos psicológicos, es una forma de negación o de rechazo social colérico interno.

- **Hormona:** Sustancia química producida por un órgano, o por parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido determinado.
- **Higiene:** conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden tener efectos nocivos sobre la salud.
- **Hereditario:** posee su raíz en el vocablo latino *hereditariŭs* y hace referencia a aquello que pertenece o guarda relación con la herencia o lo que alguien obtiene a partir de ella

## I

- **ISRS:** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave.
- **IMAO:** Inhibidores de la Monoamino Oxidasa categoría terapéutica a la que pertenece cierto grupo de fármacos antidepresivos Inhibe la degradación intracelular de las aminas biógenas serotonina, noradrenalina y dopamina.

## L

- **Languidez:** Cualidad de lo que es débil o falta de ánimo.
- **Labilidad:** Se refiere a cambios rápidos en el estado de ánimo, que pueden estar provocados o no, por estímulos externos.

## M

- **Monoaminooxidasa:** La (MAO-A) es una enzima que regula la degradación metabólica de serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso.
- **Melancolía:** Estado anímico permanente, vago y sosegado, de tristeza y desinterés, que surge por causas físicas o morales, por lo general de leve importancia.
- Morbilidad:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Mastitis:** Es una inflamación en el tejido mamario que a veces implica una infección. La inflamación provoca dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en los pechos.

## N

- **Nodrizas:** Un ama de crianza, ama de cría, ama de leche, nodriza o criandera es una mujer que amamanta a un lactante que no es su hijo.

- **Neurona:** Célula del sistema nervioso formada por un núcleo y una serie de prolongaciones, una de las cuales es más larga que las demás.
- **Noradrenalina:** Es una catecolamina con múltiples funciones fisiológicas y homeostáticas que puede actuar como hormona y como neurotransmisor.
- **Noradrenérgicos:** Son los receptores de la adrenalina y de la noradrenalina.
- **Neurolépticos:** Grupo de fármacos que ejerce una acción calmante sobre el sistema nervioso.
- **Neurotransmisor:** Sustancias químicas que genera nuestro cerebro y que cumplen la función de mensajeros.

## O

- **Opresión:** Sensación molesta que produce la cosa o persona que oprime.

## P

- **Psicosis:** Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.
- **Postparto:** El posparto es el período de tiempo que engloba las primeras seis u ocho semanas después del parto.
- **Perinatal:** Se define como el período que comprende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas.
- **Puerperio:** Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.
- **Psicoterapia:** Ciencia social que estudia los pensamientos, las emociones y el comportamiento humano.
- **Psicomotor:** Se refiere a esta adquisición de habilidades, es un proceso continuo y dinámico que refleja que el sistema nervioso central del niño que está madurando.
- **Placebo:** Sustancia que carece de acción curativa pero produce un efecto terapéutico si el enfermo la toma convencido de que es un medicamento realmente eficaz.
- **Paranoia:** Enfermedad mental que se caracteriza por la aparición de ideas fijas, obsesivas y absurdas, basadas en hechos falsos o infundados, junto a una personalidad bien conservada, sin pérdida de la conciencia ni alucinaciones.
- **Primigestas:** significa "mujer que está embarazada por primera vez"

## R

- **Rutina:** Costumbre o hábito adquirido de hacer algo de un modo determinado, que no requiere tener que reflexionar o decidir.

## S

- **Secuela:** Lesión o afección que surge como consecuencia de una enfermedad o un accidente.
- **Somático:** Es un adjetivo de tipo calificativo que sirve para designar a aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas y que se expresan de manera clara y visible en alguna parte del organismo.
- **Sinapsis:** Es la unión entre una neurona y otra célula (neurona o no).
- **Serotoninérgico:** Es un conjunto de síntomas causado por un exceso de serotonina, un neurotransmisor importante para el buen humor, sueño, alimentación, percepción de dolor, placer y deseo sexual.
- **Status:** Posición social que una persona tiene dentro de un grupo o una comunidad.
  - **Sexualidad:** Es el conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de cada persona. Desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de práctica.

## T

- **Timia:** El estado de ánimo es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable.
- **Teratógeno:** Es una sustancia, agente físico u organismo capaz de provocar un defecto congénito durante la gestación del feto.
- **Terapia:** Forma de intervención social que busca la mejora de la salud del paciente, cliente o consultante que la solicita.

## Y

- **ylang-ylang:** Es un árbol oriundo de la India, Java y Filipinas conocido comúnmente con el nombre de cananga, de la familia de las anonáceas produce un efecto calmante y promueve la actitud positiva.

## Anexos

### Anexo 1: Escala de Suicidalidad de Okasha

**Instrucciones:** Seleccione la respuesta que considere pertinente

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	0
	Un intento	1
	Dos intentos	2
	Tres o más intentos	3

## Anexo 2: Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

<b>Escala de Edinburgh</b>	
<p><b>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</b></p> <p>a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido</p>	<p><b>6. Las cosas me oprimen o agobian</b></p> <p>a) Sí, la mayor parte de las veces b) Sí, a veces c) No, casi nunca d) No, nada</p>
<p><b>2. He mirado el futuro con placer</b></p> <p>a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada</p>	<p><b>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</b></p> <p>a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, a veces c) No muy a menudo d) No, nada</p>
<p><b>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</b></p> <p>a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo d) No, nunca</p>	<p><b>8. Me he sentido triste y desgraciada</b></p> <p>a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) No muy a menudo d) No, nada</p>
<p><b>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</b></p> <p>a) No, para nada b) Casi nada c) Sí, a veces d) Sí, a menudo</p>	<p><b>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</b></p> <p>a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) Sólo en ocasiones d) No, nunca</p>
<p><b>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</b></p> <p>a) Sí, bastante b) Sí, a veces c) No, no mucho d) No, nada</p>	<p><b>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</b></p> <p>a) Sí, bastante a menudo b) A veces c) Casi nunca d) No, nunca</p>



## Anexo 3: inventario de Beck

### Inventario de Beck

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

**0** No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

**1<sup>a</sup>.** Duermo un poco más que lo habitual.

**1<sup>b</sup>.** Duermo un poco menos que lo habitual.

**2<sup>a</sup>** Duermo mucho más que lo habitual.

**2<sup>b</sup>.** Duermo mucho menos que lo habitual

**3<sup>a</sup>.** Duermo la mayor parte del día

**3<sup>b</sup>.** Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

**0** No estoy tan irritable que lo habitual.

**1** Estoy más irritable que lo habitual.

**2** Estoy mucho más irritable que lo habitual.

**3** Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

**0** No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

**1<sup>a</sup>.** Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

**1<sup>b</sup>.** Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

**2<sup>a</sup>.** Mi apetito es mucho menor que antes.

**2<sup>b</sup>.** Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

**3<sup>a</sup>.** No tengo apetito en absoluto.

**3<sup>b</sup>.** Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

**0** Puedo concentrarme tan bien como siempre.

**1** No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

**2** Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

**3** Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

**0** No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

**1** Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

**2** Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

**3** Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

**0** No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

**1** Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

**2** Estoy mucho menos interesado en el sexo.

**3** He perdido completamente el interés en el sexo.