

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

CLAVE 8722



TESIS:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSPARTO, DESDE  
LA PERSPECTIVA DE DOROTHEA OREM**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ELIDETH MACIEL ÁVILA

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA MICHOACÁN 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# RESUMEN

## Intervenciones de Enfermería en depresión posparto

El objetivo general de esta tesina es analizar las intervenciones de enfermería en pacientes con depresión posparto. Como objetivos específicos se pretende identificar las principales funciones y actividades de enfermería, así como proponer las diversas actividades que los personales de Enfermería deben llevar a cabo como una rutina en este tipo de pacientes.

### Marco teórico

La depresión posparto es una enfermedad mental grave que involucra al cerebro y afecta la salud física y conductual, los sentimientos de tristeza, desánimo o vacío no desaparecen pueden interferir en tu vida diaria. La depresión es una enfermedad común en la mujer adulta ya sea en edad reproductiva, menopausia, embarazo y puerperio. Síntomas físicos son varias molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad elevada. Factores estresantes significativos de la vida diaria, por ejemplo: conflictos de pareja, eventos estresantes en el último año, el desempleo de la pareja, sin pareja, pareja con depresión, falta de apoyo de la pareja o de los miembros de la familia, apoyo financiero o ayuda con el cuidado del niño, antecedentes de alteraciones del estado de ánimo asociados temporalmente con los ciclos menstruales o el uso de anticonceptivos orales. Las mujeres experimentan trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto.

### Metodología

La variable estudiada son las intervenciones de enfermería en pacientes con depresión posparto. Para ello se establecieron indicadores de atención de durante y después del trastorno. El tipo de investigación es diagnóstica, descriptiva y transversal. indicadores de atención, durante y después del trastorno depresivo. Las

técnicas que se utilizaron fueron encuestas aplicadas a pacientes ginecológicas y madres de familia con niños menores de 1 año.

## Conclusión

La licenciada en enfermería brinda cuidados al paciente con depresión posparto de manera holística e integral. Para ello despliega sus conocimientos en las áreas de servicios, docencia administración y de investigación en favor del paciente.

## **ABSTRACT**

### Nursing interventions in postpartum depression

The general objective of this thesis is to analyze nursing interventions in patients with postpartum depression. The specific objectives are to identify the main nursing functions and activities, as well as to propose the various activities that Nursing personnel should carry out as a routine in this type of patient. Theoretical framework Postpartum depression is a serious mental illness that involves the brain and affects physical and behavioral health, feelings of sadness, discouragement or emptiness that do not go away can interfere with your daily life. Depression is a common disease in adult women, whether in reproductive age, menopause, pregnancy and the puerperium. Physical symptoms are various digestive complaints, headache, fatigue, elevated anxiety. Significant stressors of daily life, for example: partner conflicts, stressful events in the past year, partner unemployment, no partner, depressed partner, lack of support from partner or family members, financial support or help with child care, history of mood disturbances temporarily associated with menstrual cycles or the use of oral contraceptives. Women experience temporary mood swings or blues after giving birth. It consists of a strong vulnerability to depression that begins significantly between 4-6 weeks postpartum.

### Methodology

The variable studied is the nursing interventions in patients with postpartum depression. For this, indicators of attention during and after the disorder were established. The type of research is diagnostic, descriptive and transversal. indicators of attention, during and after depressive disorder. The techniques used were surveys applied to gynecological patients and mothers of families with children under 1 year of age.

#### Conclusion

The nursing graduate provides care to the patient with postpartum depression in a holistic and comprehensive way. To do this, he displays his knowledge in the areas of services, teaching, administration and research in favor of the patient.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres: Humaro Maciel Cortes y Estela Ávila Pérez, por haberme forjado como la persona que soy porque muchos de mis logros se los debo a ustedes y este es uno de ellos. Me formaron con reglas y libertades, pero al final de cuentas me motivaron. Gracias por todos sus desvelos y cuidados, por darme el ejemplo de cómo ser una persona de provecho. Ahora me tocara a mi recorrer un nuevo camino en el que gracias a ustedes pondré en práctica los principios y valores que eh aprendido y que ellos me llevaran a ser una persona totalmente realizada.

A mis hermanos, Humberto, Miguel, Cesar y Susana, por todo su apoyo y estar conmigo en todo momento.

A mi abuelita Refugio Pérez por su apoyo y bendiciones que me dieron la protección en cada momento.

A mis cuñadas, sobrinos, tíos, tías, primos y primas que siempre me dieron palabras de aliento para seguir y en especial a mi madrina Lucy Avila por su apoyo y cariño incondicional.

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes, y señoritas coordinadoras que abrieron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante, y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy, en especial a mis padres Humaro Maciel Cortes y Estela Ávila Pérez que son los pilares más importantes en mi vida, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para formarme profesionalmente. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Gracias también a mis hermanos por estar ahí cuando más los necesito y por el apoyo que me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

La universidad me dio la bienvenida al mundo como tal y las oportunidades que me ha brindado son incorporables, antes de todo esto no pensaba que fuera posible que algún día me topara con alguna de ellas.

Agradezco mucho por la ayuda de mi directora académica, Srita. Martha Alcaraz Ortega por confiar en mi incondicionalmente, por sus aportaciones para conmigo, a mis maestros y a la universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los conocimientos que me ha otorgado y que me llevaron a ser una persona realizada.

Al hospital de nuestra señora de la salud en el cual nací biológicamente y crecí profesionalmente desarrollando mis habilidades y aprendizajes forjados a día a día a lo largo de cuatro años.

A mis amigas Doris, Ceci, Yaz, Lili, Jenny porque su ayuda ha sido fundamental, han estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos estarán siempre en mi corazón. Este proyecto no fue fácil, pero me motivaron y ayudaron incondicionalmente.

**ELIDETH MACIEL AVILA**

## INDICE

1 INTRODUCCIÓN .....	1
2 MARCO TEÓRICO .....	5
2.1 Dorothea Elizabeth Orem.....	5
2.2 Vida y obras .....	5
2.3 Vida profesional .....	6
2.4 Nueva etapa laboral .....	6
2.5 Teoría .....	7
2.6 Obras y textos .....	7
2.7 La motivación de Dorothea Orem .....	8
2.8 Propuestas de Dorothea Orem para el gremio de enfermería.....	9
2.9 Influencias .....	10
2.10 Hipótesis .....	11
2.11 Justificación.....	11
2.12 Planteamiento del problema .....	12
2.12.1 Descripción del problema.....	12
2.13 Objetivos .....	13
2.13.1 Objetivo general .....	13
2.13.2 Objetivos específicos.....	13
2.14 Método .....	14
2.15 Variables .....	15
2.16 Encuesta .....	16
2.17 Graficado.....	18
3. CONCEPTUALIZACION .....	24
3.1 Conceptos .....	27
3.2 Depresión posparto .....	27
3.3 Clasificación .....	28
3.5 Características .....	29
3.6 Etiología de la Depresión Posparto .....	30
3.7 Psicosis Postparto.....	31
3.8 Depresión perinatal (abarca la prenatal y posparto) .....	32

3.9	Síntomas .....	33
4.	DEPRESIÓN POSPARTO.....	34
4.1	Antecedentes de la Depresión Posparto.....	34
4.2	Clasificación.....	34
4.3	Conceptos Básicos.....	35
4.4	Etiopatología de la Depresión posparto .....	36
4.5	Teorías bioquímicas .....	38
4.6	Consecuencias.....	41
4.7	Factores que determinan la Depresión Postparto .....	43
4.8	Factores de riesgo en México.....	44
4.9	Depresión Posparto de Grupos en Particular.....	48
4.10	Prevención .....	49
4.11	Diagnóstico de Depresión Posparto.....	50
4.12	Tratamientos para la Depresión Posparto.....	51
4.13	Intervenciones Psicoterapéuticas. ....	52
4.14	Tratamiento Farmacológico. ....	52
5.	LACTANCIA Y DEPRESIÓN POSTPARTO.....	53
5.1	Generalidades .....	53
5.2	Factores de riesgo de la lactancia materna en la depresión posparto.....	54
5.3	La Relación Entre la Depresión Posparto y El Desarrollo del Bebé .....	54
5.3.1	Retrasos en el crecimiento malnutrición .....	56
5.3.2	Los Primeros Sentimientos de Rechazo Hacia el Bebé .....	57
5.3.3	Retrasos del Desarrollo .....	58
5.4	Impacto del Estado Depresivo Postparto de la Madre en el Estado Nutricional del Lactante .....	58
5.5	Efectos de la Depresión Posparto en el Bebé.....	61
5.6	La Lactancia Como “Fármaco” En La Depresión Postparto.....	62
5.7	Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes .....	64
5.8	Las Ventajas de la Lactancia desde una Perspectiva Neurobiológica.....	64
5.9	Consideraciones antes de prescribir.....	66
5.10	Monitorización del bebé.....	67
5.11	Facilitar la Lactancia.....	68
5.12	Tratamiento Psicofarmacológico.....	69

5.12.1 Antidepresivos .....	69
5.12.2 Ansiolíticos .....	70
5.12.3 Antipsicóticos .....	70
5.12.4 Antiepilépticos .....	71
6. DEPRESIÓN POSPARTO Y DIFERENCIACIÓN CON OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS.....	73
6.1 Depresión posparto .....	73
6.2 Posturas sobre la depresión posparto .....	76
6.3 El ciclo vital de la familia .....	81
6.4 Tratamiento farmacológico .....	83
6.5 Tratamiento psicológico y psiquiátrico .....	84
6.6 Medidas preventivas.....	86
6.7 Pronóstico y evolución.....	87
6.8 Escalas de estudio e identificación .....	87
6.8.1 La escala de Edimburgo .....	87
6.9 Características generales .....	88
6.10 Características de aplicación .....	88
6.11 Pautas para la evaluación .....	89
6.12 El familiograma.....	89
6.13 Aplicación del familiograma .....	91
6.14 Recolección de datos .....	91
7. PLAN DE CUIDADOS DE ACUERDO AL PROCESO ENFERMERO .....	93
7.1 Depresión Posparto.....	93
7.2 Evaluar actividades del día anterior .....	94
7.3 Realización de actividades .....	97
7.4 Registro de los cuidados realizados .....	98
7.5 Actividades para sobre llevar la depresión posparto .....	99
7.6 Fomentar terapias de relajación .....	103
7.7 Cambios psicológicos.....	104
7.8. Intervención de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresan del hospital.....	106
7.9 Acciones De Enfermería Dependientes .....	107
7.10 Acciones De Enfermería Independientes.....	107
8. INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO .....	109

8.1 Depresión posparto generalidades .....	109
8.2. Estrategias de implantación para las intervenciones de enfermería.....	111
8.3. Intervenciones de enfermería para la prevención de la depresión posparto .....	113
8.4 Rol de la matrona/enfermera en la atención de la depresión posparto .....	113
8.5 Intervención enfermera ante el abandono de lactancia materna.....	116
8.6 posturas sobre la depresión posparto.....	122
8.7 Intervención de la enfermera en el tratamiento de la depresión posparto .....	130
8.8 Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto.....	132
8.9 La Educación Sanitaria que se le da a la Gestante, Agrupadas en Tres Áreas de Intervención .....	133
8.9 Intervenciones de enfermería para llevar un control prenatal y evitar la depresión posparto .....	134
8.10 Intervención de enfermería para disminuir los cambios psicológicos en el posparto. ....	136
8. 11 Intervenciones de enfermería en la salud del recién nacido de madre con depresión posparto.....	138
8.12 Intervenciones de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura .....	139
8.13 Intervenciones y cuidados de enfermería al recién nacido, otorgados por la madre con depresión postparto y sus implicaciones en el desarrollo cognitivo, motor y social del niño .....	147
8.14 Como Interviene Enfermería Ante Este Trastorno .....	148
8.14 Plan de cuidados estandarizados para pacientes con depresión postparto .....	152
8.15 Intervenciones en enfermería para mejorar la calidad de los cuidados .....	153
8.16 Intervenciones de enfermería en la prevención de la depresión posparto en el primer nivel de atención .....	154
9. CONCLUSIÓN .....	156
10. BIBLIOGRAFÍA.....	159
10.1 Básica .....	159
10.2 Complementaria .....	164
10.3 Electrónica .....	168
11. GLOSARIO .....	170



## 1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objetivo analizar las intervenciones y cuidados de enfermería en mujeres con depresión posparto, así como las posibles causas del porqué de este trastorno que afecta no solo a la mujer sino también a la familia y a su entorno. Para analizar esta investigación documental; se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema, que incluye los siguientes apartados: descripción de la situación- problema; identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el marco teórico de la variable intervenciones de enfermería y cuidados de enfermería en mujeres con depresión posparto en el que describen los siguientes puntos:

Antecedentes de la Depresión Posparto; El puerperio inicia después de la expulsión feto placentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación. La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto, es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido. Conceptos Básicos y clasificación que se describen brevemente puede definir como la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto» debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio o hipersomnia, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, poca concentración. La depresión posparto

es una enfermedad mental grave que involucra al cerebro y afecta la salud física y conductual, los sentimientos de tristeza, desánimo o vacío no desaparecen pueden interferir en tu vida diaria. La depresión es una enfermedad común en la mujer adulta ya sea en edad reproductiva, menopausia, embarazo y puerperio.

La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un periodo de dos semanas. En este tema de investigación se describe la clasificación de las alteraciones que pueden presentarse en el postparto predominan en la depresión posparto como son:

- Disforia posparto o Maternity Blues. Que se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio.
- Depresión posparto.
- Psicosis posparto. que sirven de ayuda para tener más clara la investigación; así como también.

La etiología de este trastorno donde cabe mencionar que la diferencia radica en que, a lo largo de la vida, la mujer sufre varios cambios en su organismo y en su ciclo reproductiva que exacta es desconocida; mas sin embargo, la depresión previa es un riesgo mayor, y los cambios hormonales durante el puerperio, la privación del sueño y la susceptibilidad genética pueden contribuir : durante la pubertad, el embarazo, el post- parto, y la menopausia; que combinados con la influencia de factores hereditarios y factores de estrés psicológico dan lugar a una mayor vulnerabilidad para estos padecimientos, los descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estril son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente, las hormonas tiroideas, los niveles de prolactina, por la elevación de hormonas hipofisarias, la administración de apomorfina. Las consecuencias de este trastorno llegan a ser graves por lo que se describen las causas de esta con el fin de disminuir las tasas de relevancia.

Dentro de estas se encuentran; Alteración en la relación madre-hijo. La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva; Alteraciones en el desarrollo cognitivo, la DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, Socialización deficiente. Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad; así como también los factores de riesgo que influyen en la depresión posparto, principalmente en México.

A partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en pacientes con depresión posparto. Esto significa que el apoyo del marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se muestra la metodología empleada con la variable intervenciones de enfermería en mujeres con depresión posparto, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. En este apartado se destacan los diferentes temas relacionados con el trastorno que son de utilidad para afrontar aún más el tema, y entre ellos se encuentran: Factores de Riesgo de la Lactancia Materna en la Depresión Posparto, La Relación Entre la Depresión Posparto y El Desarrollo del Bebé, Los Primeros Sentimientos de Rechazo Hacia el Bebé, Retrasos del Desarrollo, Efectos de la Depresión Posparto en el Bebé, la lactancia como “fármaco” en la depresión posparto, Monitorización del bebé en relación al tratamiento de la madre con trastorno depresivo. Lo más importante de esta capítulo es que se destacan pues las intervenciones de enfermería tanto en la madre con depresión posparto y la manera en cómo afecta en su persona, a recién nacido, la pareja y su familia. Esta etapa consiste en la realización de las intervenciones de enfermería que se han ideado durante la planificación anteriormente descrita del Plan de Cuidados, las intervenciones propuestas para este proceso enfermero

deben aplicarse durante el mes que está citada la paciente, durante nuestras sesiones, aunque se puedan seguir aplicando tras el alta y siempre y cuando la madre lo necesite. Evaluar posibles mejoras de los patrones alterados, reacciones de la paciente y de la familia, nivel de entendimiento, compromiso del resto de la paciente y familia. Valorar el estado del soporte social que recibe nuestra paciente. Realizar todas las medidas básicas del día anterior, ya descritas, como cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. De esta manera 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 sí mismo poder identificar con mayor exactitud el grado de mejoría en estas pacientes que cursan estos episodios. Se implementarán actividades donde tanto el personal de enfermería como familiares se ven involucrados de manera que puedan ayudar a sobre llevar dicha patología. 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 postparto, 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. 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. Las enfermeras deben promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el posparto.

Finaliza esta tesina con las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Dorothea Elizabeth Orem

#### VIDA Y OBRA

Dorothea Elizabeth Orem Baltimore, 15 de julio de 1914 específicamente en Baltimore, Maryland.



De su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca. De su madre se sabe que era una mujer dedicada al hogar y que aprovechaba su tiempo libre para dedicarlo a la lectura. Dorothea fue la menor de dos hermanas.

El 22 de junio de 2007 falleció en Savannah, Georgia, Estados Unidos, a la edad de 92 años. Dejó como legado una productiva carrera en el área de la salud, no solo desde el

punto de vista de la práctica, sino en materia intelectual.

#### 2.2 Vida y obras

Orem realizó su escolaridad con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Después continuó su formación con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C. Ahí se le otorgó un diploma en enfermería a la temprana edad de 16 años. Más tarde, en la Universidad Católica de América recibió el título de Ciencias en Educación de Enfermería, y en el año 1946 realizó un máster en la misma área.

## 2.3 Vida profesional

Dorothea Orem se desarrolló profesionalmente en distintas áreas del oficio de enfermería. Sus primeras experiencias se efectuaron en una diversidad de ámbitos tanto en el Providence Hospital Washington DC como en el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts.

Fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem.

Entre los roles desempeñados en estos centros de asistencia destacan: enfermería en el área quirúrgica, experiencia como enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados hospitalarios en servicios médicos pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en la sección de urgencias. Todas estas prácticas fueron llevadas a cabo por esta profesional bajo la divisa de la entrega y la excelencia.

## 2.4 Nueva etapa laboral

Luego de haber consolidado su formación a nivel de educación superior, Orem obtuvo una abundante experiencia. Fue entonces cuando enfiló sus propósitos en función de las áreas de la enseñanza, la investigación y la administración. Dictó las cátedras de Ciencias Biológicas y Enfermería desde 1939 hasta 1941. Estuvo a cargo de la dirección de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. Así mismo, se desempeñó como profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América. Incluso llegó a ejercer funciones en el Decanato de la Escuela de Enfermería de la universidad arriba mencionada entre los años 1965 y 1966.

Luego se desempeñó como asesora y consultora de instituciones tales como el Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados

Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social. También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.

## 2.5 Teoría

En la construcción teórica de Dorothea Orem el concepto de persona es fundamental. Orem lo desarrolla como organismo biológico, racional y pensante que se puede ver afectado por el entorno. A partir de ahí, la teoría de Orem señala que la persona es capaz de efectuar acciones predeterminadas que la afectan tanto a ella, como a otros y a su entorno. Todo lo anterior le da condiciones para cumplir con su propio cuidado.

## 2.6 Obras y textos

Esta enfermera fue autora de diversas publicaciones. Entre las obras publicadas destacan

- Modelo Orem
- Normas prácticas de enfermería.
- La teoría Déficit de autocuidado
- Teoría de los sistemas de Enfermería

Las normas prácticas de enfermera versan sobre el rol de la enfermería a partir de la práctica. Dicho libro vio la luz por vez primera en el año 1971 y luego fue reeditado durante cinco años, lo cual denota la importancia de esta obra. Además, su labor intelectual abarcó una diversidad de actividades. Entre estas resaltan talleres, conferencias, artículos de divulgación y artículos científicos. En todos estos divulgó su modelo del déficit de autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría

del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería. Además, define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud. Con dicho modelo conceptualizó la relación entre persona, cuidado, autocuidado, entorno, sistema de enfermería y salud.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería cubana.

## 2.7 La motivación de Dorothea Orem

Su motivación fue trabajar en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.

Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos. Dorothea no tuvo un autor que influyera en su modelo, pero si se sintió inspirada por otras teóricas de enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para su desarrollo.

## 2.8 Propuestas de Dorothea Orem para el gremio de enfermería.

### 1. Teoría del autocuidado

Propone esta teoría ya que enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.

### 2. La teoría Déficit de autocuidado

Propone esta teoría ya que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

### 3. Teoría de los sistemas de Enfermería

Propone al gremio de enfermería poner en práctica estos sistemas para brindar un servicio de calidad.

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. Paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

## 2.9 Influencias

El tema Depresión Posparto, fue de mi interés para llevarlo a la investigación ya que desde el inicio de mi práctica clínica en el hospital de nuestra señora de la salud, me enfrente con esta problemática en dos ocasiones, sin saber por lo que la mujer embarazada y la puérpera están pasando fue para mí frustrante porque no sabía ni tenía las palabras ni el conocimiento para poder dialogar con la mujer ni para aconsejar algo; mucho menos tenía la noción del porque teóricamente se mostraba así. Ante los signos que mostraban fue para mí de mucho desagrado y tristeza su situación de no saber por qué les estaban pasando por esa situación es por ello que decidí llevar esta investigación.

## 2.10 Hipótesis

El interrogativo general y principal de esta investigación es acerca del ¿Por qué la mujer sufre de insomnio, se ve triste, llora, y se nota angustiada ante el posparto?

Las posibles respuestas a la interrogante son:

- Sufren lo ya mencionado por ser madres primerizas
- Por temor a la responsabilidad de su bebe y como lo cuidara.
- La edad de las madres
- La preocupación por los miembros de su familia en casa y las labores de hogar.
- Por la situación económica
- Por el apoyo moral y afectivo de su pareja y la familia.

## 2.11 Justificación

La depresión postparto es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo. Es una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales; se manifiesta por sentimientos de tristeza, tendencia al llanto, o síntomas de la depresión de diferente intensidad.

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar, se justifica porque la depresión postparto se está convirtiendo en un trastorno a nivel mundial y esto hace que las enfermedades psiquiátricas sean una causa de muerte en mujeres de las diferentes edades que pasan por esta situación, ya que la depresión postparto afecta a alrededor de una de cada diez mujeres.

En segundo lugar, esta investigación se justifica porque se pretende valorar en ella la identificación y el control de los factores de riesgo sobre la depresión postparto, y

por lo tanto, contribuir a la prevención de la muerte materna, y problemas emocionales, cognitivos y conductuales en el bebé.

La enfermera obstetra sabe que llevar un buen control prenatal, un nivel socioeconómico medio, un nivel de estilo educativo, el apoyo familiar y conyugal, la planificación familiar, pueden evitar la muerte materna, el suicidio y la depresión posparto en general. Por ello, es necesario centrar las bases de lo que la enfermera obstetra debe realizar a fin de proponer y mejorar diversas medidas para disminuir la depresión posparto.

## 2.12 Planteamiento del problema

### 2.12.1 Descripción del problema

El hospital de nuestra señora de la salud de Morelia Michoacán, tiene la siguiente referencia; y con ello su origen, hace ya 67 años atrás, en Morelia solo existían 3 Parroquias: La de San José regentada por el Rvdo. Edmundo Contreras, la de las Monjas, Por Mons. Luis G. Laris y la de la Merced, Por Mons. Mariano Cerda.

Desde el primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Santísima Virgen de la Salud y de Ella recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud”. Después cuando fue tomando proporciones y aumentando los servicios y camas, cambio a su actual nombre “Hospital de Nuestra Señora de la Salud, A.C.” Es así como el 1 de mayo de 1948 comenzó la construcción del hospital, llevado a cabo el proyecto por los hermanos Juan y José Rodríguez Soto. En esta primera etapa del proyecto los espacios con los que contaba el edificio eran consulta externa, urgencias, medicina interna tanto para hombres como para mujeres, una oficina administrativa, una pequeña tienda al interior, áreas de servicio que comprendían lavandería, cocina, comedor y el área de residencia de enfermeras y las Hermanas de la Caridad, encargadas de la administración del hospital.

Tomando en cuenta lo anterior el hospital recibe frecuentemente usuarias a la consulta externa en la especialidad de ginecobstetricia, y con posterioridad al servicio de urgencia para ser canalizadas al servicio de obstetricia, cuya intervención de enfermería para su atención son de calidad para su recuperación ya se en puerperio quirúrgico o fisiológico para abarcar los ámbitos físicos, psicológicos, entorno y sociales. Desde luego esta participación por parte de enfermería en la atención, cuidados e intervenciones es sumamente importantes, ya que de ella depende no solo su valoración si no también el tratamiento, y la supervivencia de estas usuarias.

En el hospital de nuestra señora de la salud se brinda a las usuarias de obstetricia una atención fundamental y primordial pero no especializada por parte de enfermería, ya que si fuera una enfermería especialista en complicaciones maternas y perinatales se evitarías complicaciones graves. Por ello es sumamente importante contar con personal de enfermería especializado que coadyuve al tratamiento tanto medico como terapéutico y prevenir posibles patologías mencionadas. Por lo anterior en esta tesis se podrán definir en forma clara cuál es la participación de la enfermera especialista en las intervenciones de enfermería en la depresión posparto en el hospital de nuestra señora de la salud de Morelia Michoacán.

## 2.13 Objetivos

### 2.13.1 Objetivo general

El objetivo general es Investigar y definir cómo y cuando surge la depresión en el periodo posparto para que la enfermera pueda intervenir en sus cuidados y tratamiento.

### 2.13.2 Objetivos específicos

- Detectar cuando una mujer se encuentra en un episodio de depresión.

- Identificar los factores que influyen para que la mujer que se encuentra en periodo posparto desarrolle insomnio, tristeza, angustia, y depresión en general.
- Describir la atención posparto específicamente de la enfermera, la familia y la comunidad.
- Los métodos de detección existentes para la depresión posparto
- Explicar las consecuencias que puede tener un episodio depresivo.

## 2.14 Método

El término método proviene del griego métodos que significa camino, vía, medio para llegar al fin, es decir un camino que conduce a un lugar determinado. Por lo tanto, el método indica el camino y la técnica cómo recorrerlo. Se puede decir que con base en un método se parte de una determinada postura para razonar y decidir el camino concreto que habrá de seguirse para llegar a una meta propuesta.

Esta investigación es descriptiva porque se describe el comportamiento, signos y síntomas de una puérpera con depresión posparto. Además, es transversal porque esta investigación se hará en un periodo determinado de tiempo, para poder estudiar las variables en mujeres con depresión posparto y así poder brindar un control preventivo, antes, durante y después del parto.

Por tanto, utilizare el método cualitativo, que, mediante mi perspectiva humanista, la interpretación, la observación, entrevistas y relatos me será de utilidad para promocionar la salud, detectar signos y síntomas de la depresión posparto, así como también el prevenir enfermedades que tanto en la madre como en el embrión y posteriormente bebe, el conyugue y la familia

## 2.15 Variables

### 2.15.1 Dependiente: depresión posparto.

- Indicadores de la variable.

### 2.15.2 Antes de la depresión posparto:

- Antecedentes personales de la usuaria.
- Estado civil de la usuaria.
- Historial de enfermedades de familiares.
- Control prenatal.
- Nivel socioeconómico
- Nivel educativo

### 2.15.3 Durante la depresión posparto:

- Apoyo moral
- Compartir técnicas de relajación.
- Efectos secundarios por los medicamentos indicados medicamente.
- Alteraciones del esto de ánimo.
- Enfermedad del neonato.

### 2.15.4 Después de la depresión posparto:

- Brindar información certera del porque sufren este trastorno
- Canalizar tanto a la mujer con a su pareja con una especialista vara su valoración y seguimiento.
- Brindar asesoría para planificación social.
- Mantenerla en observación mientras su estancia en el nosocomio.
- Ayudar a la integración social posterior a la maternidad, indagar sobre su estado económicos e indagar sobre pérdida o mantenimiento del empleo por el puerperio.
-

## 2.16 Encuesta

Las siguientes interrogantes se dirigen a la mujer púerpera, con el objetivo de saber que tanto conocimiento tiene sobre la depresión posparto y el cómo afecta en su vida.

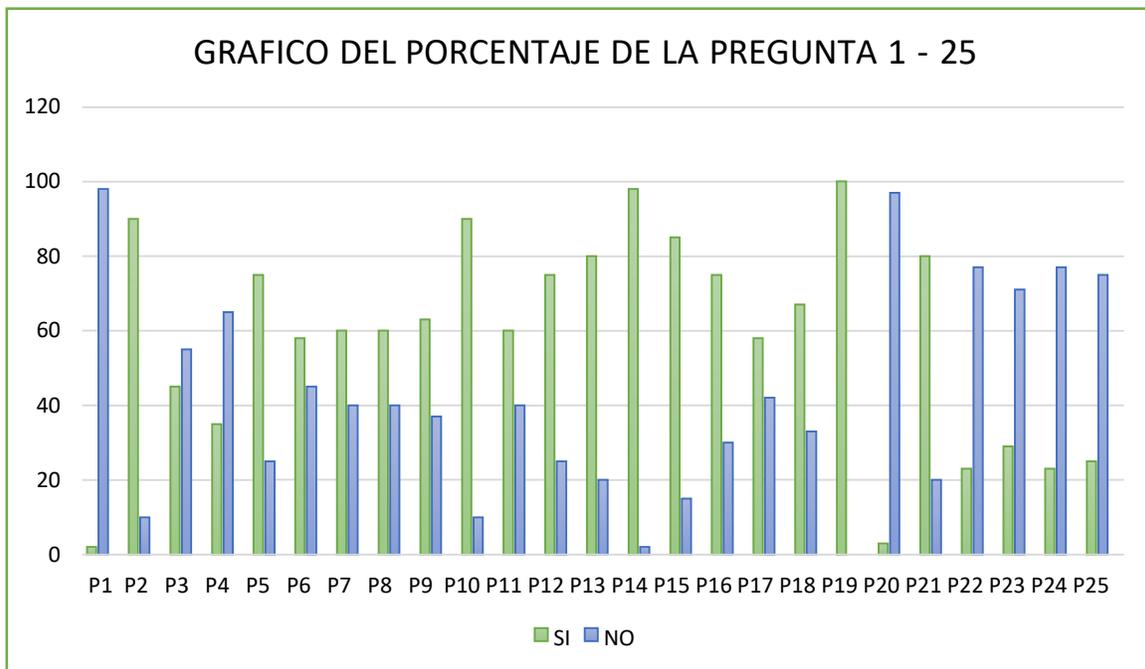
PREGUNTA	SI	NO
1.- ¿ Conoce el significado de la depresión?	98%	2%
2.- ¿ Sabe que significa la palabra posparto?	90%	10%
3.- ¿Sabe cuál es el origen de la depresión posparto?	45%	55%
4.- ¿ Tiene algún familiar que haya padecido depresión posparto?	35%	75%
5.- ¿ Conoce los síntomas y signos de la depresión posparto?	75%	25%
6.- ¿ Se ha sentido fatiga o irritabilidad en los últimos días?	58%	42%
7.- ¿Tiene más hijos en casa que debe cuidar?	60%	40%
8.- ¿Tiene alguna preocupación financiera?	60%	40%
9.- ¿Ha sentido la necesidad de estar sola?	63%	37%
10.- ¿Tiene rechazo por su pareja?	90%	10%
11.- ¿Ha sentido temor por la maternidad?	60%	40%
12.- ¿Ha sentido tristeza o vacío en su persona?	75%	25%
13.- ¿Ha llegado a pensar que la vida no tiene sentido?	80%	20%
14.- ¿Está contenta con el nacimiento de su bebé?	98%	2%
15.- ¿Tiene buena comunicación con su pareja?	85%	15%
16.- ¿Su embarazó fue planeado y deseado?	75%	35%
17.- ¿Tomo usted en cuenta su edad para embarazarse?	80%	20%
18.- ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	67%	33%
19.- ¿Está usted conforme con el sexo de su bebé?	100%	0%
20.- ¿Consumo usted alguna droga o sustancia tóxica?	3%	97%
21.- ¿Tiene buena comunicación con todos los miembros de su familia?	80%	20%
22.- ¿Tiene conocimiento de la duración de la depresión posparto?	23%	77%
23.- ¿ Conoce los tipos de la depresión posparto?	29%	71%

24.- ¿Tiene conocimiento del tratamiento a seguir para la depresión posparto?	23%	77%
25.- ¿Tiene conocimiento de cómo afecta la depresión posparto al bebé?	25%	75%
26.- ¿ Ha presentado abortos en los últimos 2 años ?	10%	90%
27.- ¿Recibe una buena alimentación?	90%	10%
28.- ¿Ha sido víctima de maltrato físico intrafamiliar?	8%	92%
29.- ¿ Usa algún método anticonceptivo?	63%	37%
30.- ¿Contaba con un trabajo estable hasta antes de su parto?	39%	61%
31.-¿Ha sentido preocupación por perder su trabajo después de su recuperación posparto?	13%	87%
32.- ¿Sabía que la depresión posparto genera daños neurológicos al bebé?	23%	77%
33.- ¿Presento presión alta durante su embarazo?	25%	75%
34.- ¿La edad de su bebé fue de término?	60%	40%
35.- ¿Estuvo de acuerdo con la vía de nacimiento de su bebé?	70%	30%
36.- ¿Durante el trabajo de parto sufrió violencia por el personal de salud?	10%	90
37.- ¿Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?	50%	50%
38.- ¿ Ha tenido una pérdida de una persona que haya impactado su vida?	58%	42%
39.- ¿Consume algún medicamento para la ansiedad?	100%	0%
40.- ¿Tiene algún familiar que tenga alguna enfermedad mental?	3%	97%
41.- ¿En algún momento, ha mirado las cosas con ilusión?	55%	45%
42.- ¿Ha presentado dolor durante la menstruación?	63%	37%
43.- ¿Tuvo oportunidad de recibir revisión ginecológica durante su embarazo?	88%	12%
44.- ¿ Conoce alguna prueba para diagnosticar depresión posparto?	3%	97%
45.- ¿ Le resulta fácil concentrarse en sus actividades?	70%	30%
46.- ¿Ha descuidado su higiene personal o la de su bebé?	100%	0%
47.- ¿Se ha sentido asustada o en pánico sin una buena razón?	25%	75%

48.- ¿Sabía usted que la pareja de la persona con depresión posparto puede tener daño?	26%	74%
49.- ¿Tiene conocimiento de cuanto es que dura la depresión posparto?	13%	87%
50.- ¿ Practica usted algún deporte en su vida diaria?	30%	70%

## 2.17 Graficado

Como se muestra en las siguiente graficas los conocimientos por parte de las mujeres puérperas y madres de familia de hijos menores de 1 año de edad se encuentran en un estándar medio de conocimiento de este trastorno.



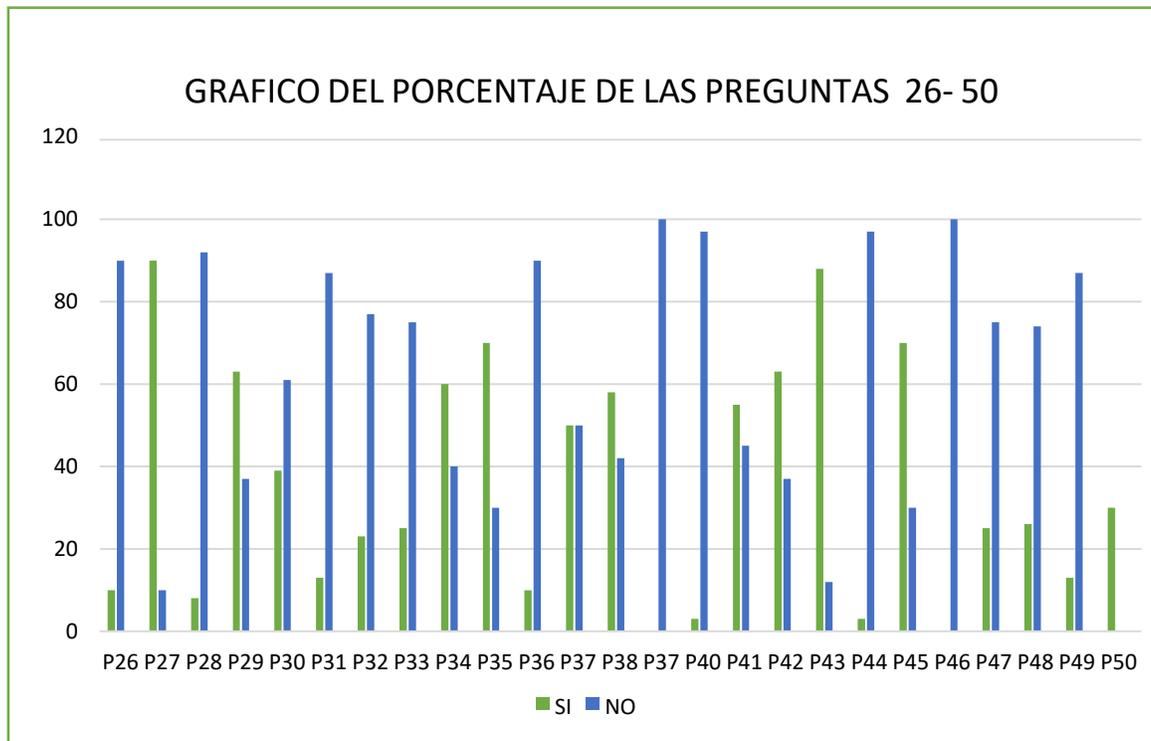
- De las 40 mujer puérperas y madres de familia de niños menores de 1 año encuestadas, en la pregunta 1 solo el 98 % sabe a qué hace referencia el

término depresión posparto, mientras que el 2% de ellas no tienen conocimiento alguno sobre el término depresión posparto.

- De la pregunta 2 de los usuarios encuestados solo el 90% sabe que significa la palabra posparto 10% no tienen conocimiento alguno sobre que significa la palabra posparto.
- De la 3 pregunta las mujeres puérperas y las madres de familia madres de hijos menores de 1 año encuestadas solamente el 45% saben cuál es el origen de la depresión posparto mientras que el 55 % no sabe el origen de la depresión posparto.
- Se muestra en la pregunta 4 como el 35% de las puérperas y madres de familia tiene algún familiar que haya padecido depresión posparto 20% mientras que el 65 % no tiene ningún familiar que haya sufrido depresión posparto.
- En la pregunta 5 se puede rescatar que el 75 % conoce los síntomas y signos de la depresión posparto mientras que el 25% no tiene conocimiento alguno de los síntomas y signos de la depresión posparto.
- En la pregunta 6 las mujeres puérperas y madres de familia encuestadas 58 % se ha sentido fatiga o irritabilidad en los últimos días 42% no se sentido fatiga o irritabilidad en los últimos días.
- En la pregunta 7 de los encuestados solamente el 60% tiene más hijos en casa que debe cuidar 40% no tiene más hijos en casa que debe cuidar
- En la pregunta 8 Solamente el 60% Tiene alguna preocupación financiera 40% no identifica cuales son los tipos.
- En la pregunta 9 el 63% de las encuestadas ha sentido la necesidad de estar sola mientras que por otro lado el 37% no ha sentido la necesidad de estar sola.
- En la pregunta 10 el 90% de las encuestadas tiene rechazo por su pareja mientras que el 10% no tiene rechazo por su pareja.
- En la pregunta 11 solamente el 60% ha sentido temor por la maternidad mientras que el 40% no ha sentido temor por la maternidad.

- De la pregunta 12 solamente el 75% sabe cuál es la posición correcta para el parto y el 25% no sabe la posición indicada para el trabajo de parto
- Se muestra en la pregunta 13 que el 80% de los encuestados conoce el tipo de analgesia durante la episiotomía y el 20% no tiene conocimiento alguno sobre la analgesia.
- En la pregunta 14 se observa que el 98% está contenta con el nacimiento de su bebe mientras que el 2% no está contenta con el nacimiento de su bebe.
- En la pregunta 15 el 85% considera que tiene buena comunicación con su pareja y el 15% considera que no que no tiene buena comunicación con su pareja.
- Como podemos observar en la pregunta 16 el 75% su embarazo fue planeado y 30% no su embarazo no fue planeado.
- Como se puede observar en la pregunta 17 el 58 tomo en cuenta su edad para embarazarse y el 20% no tomo en cuenta su edad para embarazarse.
- En la pregunta número 18 el 67% de las personas encuestadas tiene dificultad para conciliar el sueño y el 33% no tiene dificultad para conciliar el sueño.
- En la pregunta número 19 el 100% de las mujeres encuestadas contestaron que si están conformes con el sexo de su bebé.
- Se observa en la pregunta 20 el 3% de las personas contestaron que consumen una sustancia toxica y el 97% no consume sustancias tóxicas.
- En la pregunta 21 se muestra como el 80% de los encuestadas tienen buena comunicación con todos los miembros de su familia y el 20%no tiene buena comunicación con todos los miembros de su familia.
- Como se puede observar en la pregunta 22 que el 23% tiene conocimiento de la duración de la depresión posparto mientras que el 77% no conocimiento de la duración de la depresión posparto.
- En la pregunta 23 se muestra con claridad como el 29 % de las encuestadas conoce los tipos de la depresión posparto y el 30 % no conoce los tipos de depresión posparto.

- Se muestra con exactitud como en la pregunta 24 como el 23% de las personas encuestadas tiene conocimiento del tratamiento a seguir para la depresión posparto y el 77 % no tiene conocimiento del tratamiento a seguir.
- En la pregunta 25 se muestra 25 % tiene conocimiento de cómo afecta la depresión posparto al bebe y el 75 % nos dice que no tiene conocimiento de cómo afecta la depresión posparto al bebé



- En la pregunta 26 el 10% de las mujeres encuestadas ha presentado abortos en los últimos 2 años, mientras que el 90% no sabe cuándo es su realización.
- En la pregunta 27 el 90% contestó que tiene una buena alimentación y el otro 10% no tiene una buena alimentación.
- Se muestra en la pregunta 28 que el 8% de las encuestadas ha sido víctima de maltrato físico intrafamiliar mientras que el 92% no ha sido víctima de maltrato físico intrafamiliar.
- Se observa en la pregunta 29 como el 63 % de las encuestadas usa algún método anticonceptivo, pero por otro lado 37% no usa ningún método anticonceptivo.

- En la pregunta 30 se puede observar cómo el 39% de las personas encuestadas contaban con un trabajo estable hasta antes de su parto y por otro lado el 61 % no contaba con un trabajo estable antes de su parto.
- En la interrogante 31 nos señala como el 13 % de las encuestadas ha sentido preocupación por perder su trabajo después de su recuperación posparto mientras que el otro 87% no ha sentido preocupación por perder su trabajo.
- Se muestra en la pregunta 32 que el 23% de las encuestadas saben que la depresión posparto genera daños neurológicos al bebé y el 77 % no sabe que la depresión posparto genera daños neurológicos al bebé.
- En la pregunta 33 nos hace referencia a que el 25% de las mujeres encuestadas presentaron presión alta durante el embarazo y el 75 % no presentaron presión alta durante el embarazo.
- En la pregunta 34 el 60 % de las encuestadas dice que el nacimiento de su bebé fue de término, pero por otro lado el 40% nos dice que no fue de término.
- Se muestra en la pregunta 35 que un 70% de las estuvo de acuerdo con la vía de nacimiento de su bebé mientras que el 30% no estuvo de acuerdo.
- En la pregunta 36 el 10% de las usuarias nos dice que durante el trabajo de parto sufrió violencia por el personal de salud mientras un 90% nos dice que no sufrió violencia por el personal de salud durante el trabajo de parto.
- En la gráfica se ve reflejada que la interrogante 37 existe una equivalencia que un 50% de las encuestadas nos dicen que se ha culpado sin necesidades cuando las cosas no salen bien y el otro 50% nos dice que no se ha culpado cuando las cosas no salen bien.
- Como se muestra en la gráfica la pregunta 38 el 58% de las usuarias ha tenido una pérdida de una persona que haya impactado su vida por otro lado el 42% contestó que no ha tenido pérdidas que haya impactado su vida.
- En la pregunta número 39 el 100% de las encuestadas contestó que no consume ningún medicamento para la ansiedad.

- En la pregunta 40 él 3% tiene algún familiar que padece alguna enfermedad mental y el otro 97% no tiene ningún familiar que padezca alguna enfermedad mental.
- En la interrogante 41 el 55% considera que en algún momento ha mirado las cosas con desilusión y el 45% considera que no ha mirado las cosas con desilusión.
- Como se puede ver en la pregunta 42 que un 63% ha presentado dolor durante la menstruación, por otro lado, el 37% nos dice que no ha presentado dolor.
- En la pregunta 43 nos dice que el 88% acudió a revisión médica ginecológica durante su embarazo mientras que el 12% no acudió a revisión ginecológica durante su embarazo.
- En la interrogante 44 el 3 % conoce alguna prueba para diagnosticar depresión posparto y el 97% nos dice que no conoce alguna prueba de diagnóstico.
- Se muestra en la interrogante 45 el 70% le resulta fácil concentrarse en sus actividades y el 30 % nos dice que no le resulta fácil concentrarse.
- En la pregunta 46 el 100% contesto que no ha descuidado su higiene personal ni la de su bebé.
- En la interrogante 47 el 25% se ha sentido asustada o en pánico sin razón alguna, y el 75 % dice que no se ha sentido así.
- Se muestra en la pregunta 48 que el 26% sabe que la pareja de la persona con depresión posparto puede tener daño psicológico y el 74% no sabe que su pareja puede presentar daños psicológicos.
- Se observa en la pregunta 49 el 13% tiene conocimiento de cuanto es que dura la depresión posparto y el 87 % no tiene conocimiento de la duración de la depresión posparto.
- En la pregunta 50 el 30% practica algún deporte en su vida diaria y el otro 70 % nos dice que no practica ningún deporte

### 3. CONCEPTUALIZACION

**Cesárea:** a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

**Embarazo:** a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

**Parto:** al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

**Puerperio normal:** al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

**Puerperio inmediato:** al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

**Puerperio mediato:** al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

**Puerperio tardío:** al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

**Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

**Obstetricia:** a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

**Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en

bajo vientre. La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas)
- Propiamente dicho (2do al 10mo día)
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)
- Tardío (45avo al 60avo día)

**La “depresión clínica” o “trastorno depresivo”:** es un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar.

**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”.

**Depresión posparto:** enfermedad depresiva no psicótica que ocurre durante el primer año posterior al parto. Para una proporción importante de mujeres, la enfermedad puede tener su inicio en el período prenatal. La depresión posparto es la presencia de síntomas depresivos que duran > 2 semanas después del parto y que interfieren con las actividades de la vida diaria.

**Baby blues:** describe el estado emocionalmente lábil experimentado por la mayoría de las mujeres después del parto. Comúnmente se presenta en el día posterior al parto, o al segundo o tercero; normalmente se resuelve en el quinto día, con el apoyo profesional regular y mucha tranquilidad. Tristeza posparto o Baby blues (p. ej., cambios de humor repentinos, irritabilidad, ansiedad, disminución de la concentración, insomnio, ataques de llanto). Episodios previos de depresión posparto, Diagnóstico previo de depresión Antecedentes familiares de depresión

**Depresión crónica:** la depresión es descrita como "crónica" si los síntomas han estado presentes más o menos de manera continua durante 2 años o más.

**Depresión grave:** la mayoría de los síntomas están presentes, y éstos interfieren notablemente con el funcionamiento. Puede ocurrir con o sin síntomas psicóticos.

**Depresión leve:** pocos o ningún síntoma por encima de los cinco necesarios para hacer el diagnóstico, y los síntomas originan sólo un deterioro funcional leve (de menor importancia).

**Depresión menor:** síntomas depresivos subumbrales episodio depresivo con duración idéntica a la depresión mayor, pero con menos síntomas y menor deterioro global. Presencia de un estado de ánimo triste o deprimido o pérdida de interés o del placer ante prácticamente cualquier actividad. Debe haber más de dos síntomas adicionales, pero menos de cinco síntomas depresivos.

**Depresión moderada:** los síntomas y la incapacidad funcional están entre «leve» y «grave».

## 3.1 Conceptos

### 3.2 Depresión posparto

La depresión posparto es «la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto» debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio o hipersomnia, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, poca concentración. La depresión posparto es una enfermedad mental grave que involucra al cerebro y afecta la salud física y conductual, los sentimientos de tristeza, desánimo o vacío no desaparecen pueden interferir en tu vida diaria. La depresión es una enfermedad común en la mujer adulta ya sea en edad reproductiva, menopausia, embarazo y puerperio.

La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un periodo de dos semanas. Los médicos consideran baby-blues «a la existencia de una alteración leve en el estado de ánimo de la madre puérpera», con síntomas depresivos leves. En general se manifiesta por falta de concentración, ansiedad, tristeza, pero sobre todo por una inestabilidad del humor con gran tendencia al llanto. Este estado remite en dos semanas sin ningún tipo de tratamiento.

Síntomas físicos son varias molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad elevada, etc. Este estado sí que necesita tratamiento. La depresión posparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. 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, se denomina depresión posparto. Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto. La depresión

postparto o depresión puerperal, es 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.

### 3.3 Clasificación

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto:

- Disforia posparto o Maternity Blues.
- Depresión postparto.
- Psicosis postparto.

La disforia posparto (maternity blues)

El síndrome más leve y más frecuente durante el postparto es la disforia posparto (maternity blues), un estado pasajero que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto.

La depresión postparto

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. 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.

## La psicosis posparto

La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maníacos, depresivos o mixtos. Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afectivas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y delirio. El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis.

## 3.5 Características

### 3.4 La disforia posparto (maternity blues)

La disforia posparto (maternity blues) se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio. 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. la labilidad afectiva, el llanto frecuente y ansiedad. Asimismo, se describen como síntomas del Baby blues la fatiga, el insomnio, los enfados, la tristeza, la irritabilidad, los pensamientos negativos sobre la crianza del recién nacido, la pérdida de 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, el postparto blues no es únicamente una mala adaptación, sino que es también un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental como puede ser la depresión postparto. El diagnóstico de Baby Blues, uno de los factores de riesgo más común que padecen las puérperas antes de desarrollar una depresión postparto, es una de las maneras de identificar de manera precoz la DPP

### 3.6 Etiología de la Depresión Posparto

La depresión posparto aparece en el 10 al 15% de las mujeres después del parto. Aunque todas las mujeres están en riesgo, las de riesgo más elevado son las que presentan los siguientes antecedentes: Factores estresantes significativos de la vida diaria, por ejemplo: conflictos de pareja, eventos estresantes en el último año, el desempleo de la pareja, sin pareja, pareja con depresión, falta de apoyo de la pareja o de los miembros de la familia, apoyo financiero o ayuda con el cuidado del niño, antecedentes de alteraciones del estado de ánimo asociados temporalmente con los ciclos menstruales o el uso de anticonceptivos orales. aparecen síntomas como el insomnio o la hipersomnia, la agitación o la retardación psicomotora, la fatiga, los cambios de apetito, la baja autoestima, la culpabilidad, el descenso de la concentración, las ideas obsesivas sobre el cuidado del o la recién nacida ansiedad e incluso ideas suicidas, síntomas que afectan a la funcionalidad de la madre y al cuidado del bebé.

La sintomatología de la DPP suele empezar a manifestarse con mayor frecuencia en las primeras 2-4 semanas tras el alumbramiento, y entre el 40-67% de las mujeres con DPP comienzan a padecer los síntomas sobre todo durante los tres primeros meses. No obstante, también se encuentran artículos en los que se expresa que la DPP puede darse inmediatamente tras el parto o al cabo de pocos días de haber dado a luz. En los estudios actuales no se ha acabado de determinar

cuál es la causa de la aparición del BB, aunque las hipótesis apuntan a los cambios hormonales, psicológicos y sociales que suceden al dar a luz.

En cuanto a los cambios hormonales se toman como causa ya que hay un descenso brusco de las hormonas tras haber estado en niveles muy elevados durante el embarazo, como los esteroides gonadales, el estrógeno y la progesterona, por lo que se cree que este descenso origina muchos de los síntomas del postparto blues. La depresión postparto puede tener graves consecuencias para las madres y padres en su relación, así como para con el recién nacido, limitando a la mujer para realizar de manera eficiente su rol de madre. La depresión postparto también puede afectar en el desarrollo del recién nacido y en su comportamiento

### 3.7 Psicosis Postparto

Se caracteriza por ser 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.

La psicosis postparto suele presentarse luego de dos semanas del nacimiento, siendo delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado los síntomas pivotes que caracterizan el cuadro. Durante este trastorno también se pueden presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre los se encuentran: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y dificultad para conciliar el sueño no asociado al

recién nacido. Existen otros trastornos psiquiátricos que con frecuencia se relaciona a la psicosis posparto. La psicosis posparto puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto. Para las mujeres sin historia previa, un episodio psicótico después del parto puede ser la primera manifestación de un trastorno bipolar.

La característica distintiva de esta enfermedad, en comparación con el trastorno bipolar, es la historia o subsiguiente desarrollo de la psicosis crónica sin síntomas de estado de ánimo. Esta condición se presenta varios meses después del parto. Las características psicóticas se producen en relación con los síntomas depresivos graves. La psicosis a menudo adopta la forma de delirios paranoides de persecución. Ni las alucinaciones ni la agitación son comunes. La depresión psicótica es a menudo precedida por la depresión posparto no tratada desde hace mucho tiempo. Clínicamente, se denomina a continuación como "inicio tardío psicosis posparto". La psicosis posparto requiere un reconocimiento temprano, con un manejo pluridisciplinario. Se tiene que tener claro que la psicosis puerperal es una urgencia psiquiátrica, pues compromete el pronóstico de madre-hijo, por el riesgo de agresión que presenta el trastorno. Actualmente, se está desarrollando el concepto de psiquiatría perinatal que tiene como objetivo ayudar a las madres a prevenir lo más precozmente posible las alteraciones psiquiátricas posteriores al parto y garantizar un buen desarrollo mental del neonato.

### 3.8 Depresión perinatal (abarca la prenatal y posparto)

La depresión posparto abarca la depresión prenatal (durante el embarazo) y la depresión posparto (durante el primer año después del parto). Los síntomas de la depresión perinatal duran más tiempo que los de la "tristeza posparto" y son más severos. Se presenta en 1 de cada 5 mujeres.

Las mujeres embarazadas y las nuevas madres que se sienten abrumadas, frustradas, ansiosas y con ganas de llorar persistente o deprimidas no deben sufrir en silencio o sentirse avergonzadas. En lugar de esto, deben consultar con sus médicos de inmediato para obtener ayuda, y en algunos casos, tratamiento si fuera necesario.

### 3.9 Síntomas

- Dormir demasiado o no poder dormir
- Carencia del disfrute de la vida
- Entumecimiento emocional
- Problemas para concentrarse, recordar cosas y tomar decisiones
- Falta de interés del cuidado personal
- No sentir ganas de hacer tareas cotidianas
- Alejarse de familiares y amigos
- Pérdida de interés o sensibilidad sexual
- Un sentimiento marcado de fracaso o insuficiencia
- Cambios severos del estado de ánimo
- Mostrar demasiada preocupación (o poca) por el bebé
- Grandes expectativas y una actitud excesivamente exigente
- Dificultar para hallarle sentido a las cosas

## 4. DEPRESIÓN POSPARTO

### 4.1 Antecedentes de la Depresión Posparto

El puerperio inicia después de la expulsión feto placentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación. La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto, es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

### 4.2 Clasificación

El puerperio ha sido dividido en:

- Puerperio inmediato: Primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato: Se extiende hasta la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva).

En la mujer específicamente se presenta el síndrome disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y depresión posparto. El síndrome disfórico premenstrual implica síntomas afectivos como labilidad; conductuales, como cambios en los patrones de alimentación; y físicos como edema, cefalea e hipersensibilidad mamaria. Este patrón aparece en un momento específico de cada ciclo menstrual y desaparece durante cierto tiempo entre ellos.

Existe también la depresión en el embarazo, la cual se presenta en forma severa en una de cada diez mujeres embarazadas. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer y ocasionar la depresión posparto. No se sabe con exactitud la causa por la cual las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, se cree que interfieren factores genéticos, hormonales, sociales, y del estilo de vida de la mujer.

### 4.3 Conceptos Básicos

Se define a la Depresión Posparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. 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.

Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año. La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbimortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.

Dentro de estas se encuentran:

“Baby blues” o Síndrome del tercer día: Es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento. Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas

La psicosis posparto: es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maniacos, depresivos o mixtos. Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada.

#### 4.4 Etiopatología de la Depresión posparto

En el periodo puerperal, definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del posparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año posparto), se observa importantes variaciones fisiológicas, debido al declive

posparto de las hormonas reproductivas, lo cual podría condicionar a la mujer a sufrir depresión, definida según el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales versión IV (DSM-IV) como la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto

La mujer sufre varios cambios en su organismo y en su ciclo reproductivo, durante la pubertad, el embarazo, el post parto, y la menopausia; que combinados con la influencia de factores hereditarios y factores de estrés psicológico dan lugar a una mayor vulnerabilidad para estos padecimientos. El embarazo y nacimiento son grandes transiciones del ciclo vital que afectan a la mujer, al bebé y al resto de la familia.

Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos que afortunadamente en la mayoría de los casos se dan en medio de mucha ilusión y alegría. La depresión post parto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Sin embargo, aproximadamente el 15% de las mujeres experimentan un episodio depresivo en los 3 meses posteriores al parto. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la depresión como una de las primeras causas de enfermedad y discapacidad en el mundo, con un riesgo del 20% al 25% de presentarse a lo largo de la vida de la mujer, prácticamente el doble que el riesgo de presentarse en el hombre, que oscila entre el 7% y el 12%.

La diferencia radica en que, a lo largo de la vida, la mujer sufre varios cambios en su organismo y en su ciclo reproductivo: durante la pubertad, el embarazo, el post-parto, y la menopausia; que combinados con la influencia de factores hereditarios y factores de estrés psicológico dan lugar a una mayor vulnerabilidad para estos padecimientos.

La depresión post-parto, también conocida como depresión post-natal, es una forma de depresión que ocurre en la madre luego del nacimiento de su hijo y se conoce desde hace siglos. Los síntomas con los que se presenta son similares a los de la

depresión en otras etapas de la vida: ánimo triste, sentimientos de vacío, disminución del placer en las actividades y pasatiempos, un cambio marcado en el apetito y el sueño, falta de energía, sentimientos de poco valor o baja autoestima, sentimientos de culpa, disminución de la concentración y en casos más severos, pensamientos de muerte.

Pero cabe aclarar que la falta de apoyo familiar y los problemas en la relación de pareja, aumentan al doble el riesgo de sufrir depresión en este periodo. Muchas madres aún sufren en silencio y evitan confesar su aflicción ya que normalmente se espera que el nacimiento de su hijo sea motivo de alegría y sienten culpa al no poder disfrutarlo como el resto de la familia, lo que ocasiona el peligro de que menos de la mitad de las madres con depresión puedan ser diagnosticadas.

El mayor factor de riesgo para la depresión posparto es el de antecedente de este trastorno previamente al embarazo, en mujeres que han sufrido depresión anteriormente y también en quienes carecen de mecanismos de apoyo eficaces; pudiendo manifestarse esta patología con síntomas de mayor intensidad y por ende el riesgo de sufrir consecuencias más graves. Según el DSM-V se evidencia que en: “Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto”.

## 4.5 Teorías bioquímicas

a. Fenómeno de retirada: Dado el descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión de la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado

sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema. Se han realizado estudios en animales los cuales demuestran que el estradiol eleva la acción neurotransmisora de la serotonina al aumentar sus síntesis y disminuir su receptación. La brusca disminución de los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar la Depresión Posparto.

b. Una disminución del triptófano libre en suero: la disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.

c. La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.

d. Hormonas tiroideas: La tiroiditis posparto no es diagnosticada. Se trata de una afección autoinmune y auto limitada que afecta a alrededor del 3-4% de las puérperas 18. Se presenta con una fase inicial de tirotoxicosis transitoria, seguida de una hipofunción también transitoria. La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel importante debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo seguido de un fenómeno inmune

de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos anti tiroideos.

Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos micros males y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio.

e. Hormonas hipofisarias: Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica.

f. Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero: La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión. Oviedo y Jordán mencionan que durante el quinto y sexto día posparto se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con Baby blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas.

Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no ha demostrado prevenir la DPP con lo que parece no existir algún mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores. La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar encontrado en la DPP con psicosis.

g. Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140ng/mL al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la

prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. La oxitócica y la vasopresina no se han relacionado con la depresión postparto.

## 4.6 Consecuencias

La depresión perinatal tiene consecuencias graves para la propia madre, el curso del embarazo y el desarrollo de las y los infantes. El embarazo por sí mismo es un periodo de cambios y transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, sobre todo para quienes son madres por primera vez. Desde un punto de vista psicodinámico, estos cambios conllevan deseos, temores y recuerdos que determinarán o influenciarán sus sentimientos, acciones y relaciones interpersonales alrededor de ciertos tópicos:

- 1) ¿Será capaz de mantener sano a la o el bebé?,
- 2) ¿Cómo se relacionará con él o ella?,
- 3) ¿Contará con el apoyo que requiere para cuidar al hijo o hija? y
- 4) ¿Podrá reorganizar su identidad para cumplir con sus funciones?

Padecer depresión en este periodo hace más complicado este proceso. Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto. Cuando la depresión se presenta en el posparto puede incidir en el hecho de que la madre disfrute su maternidad. La DPP puede demoler la vida de la madre, así como la de la pareja, infante y familia. En un gran número de casos, la depresión es vivida en soledad, ya que es difícil que las mujeres hablen de estos sentimientos por vergüenza y temor al estigma. La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

1. Alteración en la relación madre-hijo. La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva. La depresión interfiere con la disposición de la madre a cuidar su salud, por ejemplo, no busca atención prenatal a tiempo y es más propensa a conductas de riesgo, como tomar medicamentos sin prescripción médica, abusar del alcohol, tabaco y otras drogas, y llevar una alimentación inadecuada. Estos comportamientos inciden en un mayor riesgo de parto prematuro y en que la persona recién nacida tenga bajo peso y sufra retraso en su desarrollo.

2. Alteraciones en el desarrollo cognitivo. La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas Rosello y Cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo, en este aspecto el estudio aún no es concluyente.

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

4. Alteraciones en la educación de los hijos. La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.<sup>28</sup>

5. Alteraciones en la dinámica familiar. La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia.

La DPP se ha relacionado con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacción madre-hija/o de baja Consecuencias de la

depresión posparto calidad, lo cual provoca apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en infantes, así como problemas respiratorios y diarreas, en países de bajos ingresos.

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

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Posparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la DPP.

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto:

-Historia de depresión previa: aumenta el riesgo en 10-24%.

-Antecedente de depresión postparto: el riesgo de recurrencia es del 50%.

-Antecedente familiar de depresión

## 4.7 Factores que determinan la Depresión Postparto

### a. Factores psicológicos

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar

la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que puedan condicionar secuelas.

b. Factores de morbilidad:

Morbilidad materna. La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematurez, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros.

c. Factores psicosociales y sociodemográficos:

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.

## 4.8 Factores de riesgo en México

Según la literatura internacional, entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser múltipara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado y/o deseado el embarazo.

Factores de riesgo muy similares, como historia de depresión e ideación suicida, ser múltipara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre versus estar casada. La violencia por parte de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva veces y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva y ansiosa.

En México, se han realizado cinco estudios que incluyen factores. Ciertas circunstancias hacen que algunas mujeres sean más propensas a sufrir depresión posparto que otras. Los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de padecerla son:

- Abuso en la infancia y adolescencia. Estas experiencias son una de las violencias de género que más vulneran la salud mental de las mujeres. Según algunos estudios, 35% de las diferencias en depresión entre hombres y mujeres puede explicarse por el abuso sexual que sufren algunas en la infancia.<sup>45</sup> Asimismo, las experiencias de abuso en la infancia y adolescencia tienen efectos de por vida y particularmente, en la salud emocional de las mujeres durante el embarazo.
- Análisis secundario de datos de una muestra de mujeres embarazadas con síntomas de depresión mostró que la experiencia de múltiples formas de abuso antes de los 17 años: verbal (24.4%), físico (54.8%) y sexual (32.8%) incrementó tres veces el riesgo de padecer síntomas depresivos y 3.7 de ansiedad en el embarazo, y 13.7 veces el de presentar conducta suicida a lo largo de la vida.
- Violencia de pareja. La violencia de pareja (VP) durante el embarazo, legitimada en la cultura patriarcal, también es frecuente en muchas sociedades alrededor del mundo. De acuerdo con algunos estudios la VP en el embarazo es parte de un continuum de violencia, esto es, la VP que sufren las mujeres en este periodo no empieza, por lo general, con la gravidez, sino

que el fenómeno tiende a persistir a lo largo de la convivencia y puede llegar a presentarse con mayor intensidad durante el embarazo y, en ocasiones, en el posparto.

Un estudio poblacional en nuestro país encontró que la prevalencia de cualquier tipo de VP en mujeres embarazadas fue de 5.4%, por otra parte, 53.4% de quienes habían reportado VP durante el último año tuvo sintomatología depresiva, mientras que esta se presentó solo en 14.1% de quienes no fueron victimizadas. Una de las condiciones que más peso tuvo en la relación entre VP y sintomatología depresiva fue tener menos de nueve años de escolaridad.

- 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. Un estudio transcultural que incluyó a México encontró que la adopción de un papel menos tradicional (tener experiencia laboral, mayor nivel de escolaridad, mayor edad de matrimonio y uso de anticonceptivos) se relacionó con una reducción en la diferencia en depresión entre mujeres y hombres. También se ha observado que mujeres embarazadas con un rol femenino más tradicional (que se describían como más sumisas, pasivas, dependientes) presentaba síntomas de ansiedad y depresión. Por su parte, estudiaron el apego a un rol tradicional de género en la relación entre la falta de apoyo social y la DPP. Observaron que las mujeres que recibían poco apoyo por parte de sus familiares y pareja, y que tenían un rol femenino más tradicional presentaban mayor riesgo de padecer DPP, que quienes se describían con un papel menos convencional.

Estos resultados sugieren que las mujeres que adoptan, en mayor grado, unos roles de género tradicional han aprendido a preocuparse y a atender las necesidades de los demás por encima de las propias, además tienen mayor dificultad para solicitar apoyo por miedo a ser juzgadas como poco autosuficientes y, en general, reciben menos apoyo de otras personas en el cuidado de las y los hijos.

Diversos estudios encuentran que el estatus de la mujer respecto al hombre en nuestra sociedad determina que las mujeres no pueden tomar decisiones sobre su

salud y bienestar. En este sentido, se ha documentado que es frecuente que mujeres gestantes no puedan decidir sobre ser entrevistadas por personal de salud, a menos que su pareja le “dé permiso” y si accede, es en presencia de él. Asimismo, algunas necesitan “permiso” para participar en los programas preventivos para la depresión posparto.

La familia extendida (generalmente la familia política) también ejerce este control, no permitiendo la comunicación telefónica o negándola si se le busca en su domicilio. La representación idealizada de la maternidad que equipara la identidad femenina con ser madre, se ha observado en mujeres con embarazos de alto riesgo, en los que estas ponen en riesgo su salud con tal de tener un hijo, preferentemente varón.

- Apego materno. La depresión perinatal interfiere con el proceso de apego de la madre hacia el feto (en el embarazo) y hacia el infante (en el posparto). El apego fetal se expresa a través de las representaciones mentales maternas, por ejemplo, a través del tipo de narrativa respecto a la descripción del bebé, sus expectativas, etc.
- El apego fetal es importante porque está fuertemente relacionado con la calidad de la relación madre - infante que se establecerá en el posparto. Ibarra encontró que la sintomatología depresiva fue una de las variables asociada con bajo apego fetal, expresado a través de pocos o nulos pensamientos en torno al bebé y el desarrollo intrauterino o posnatal, entre otros.
- La depresión en el embarazo incrementó tres veces el riesgo de bajo apego materno, mientras que la DPP, 3.97 veces. Se sabe que el bajo apego materno se relaciona con mayor probabilidad de problemas de apego en infantes, y aquellos que desarrollan patrones de apego inseguro podrían ver afectadas sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida.
- El embarazo no es planeado: Si el embarazo se ha producido por accidente, es decir, sin una voluntad para quedarse embarazada, esto puede acarrear

el desarrollo de sentimientos y percepciones negativas hacia el mismo, condicionando el estado de ánimo de la madre y elevando las probabilidades de sufrir depresión posparto. La madre tiene menos de 20 años o se trata de un embarazo precoz.

- Consumo de alcohol, alucinógenos y otras drogas, que además de ser un factor de riesgo para desarrollar depresión, pueden afectar gravemente a la salud de la madre y del bebé.
- La madre vivió una situación negativa durante el embarazo o el parto, como por ejemplo un parto de emergencia o con muchas complicaciones, una enfermedad congénita o anomalía en el bebé.

#### 4.9 Depresión Posparto de Grupos en Particular

Embarazo de alto riesgo. La noticia de que el embarazo es de alto riesgo puede genera un choque inicial y ansiedad en la madre, en especial, cuando se le indica que debe guardar reposo. La inmovilidad prolongada afecta tanto a la madre como a la familia y puede conllevar labilidad emocional, sensación de pérdida de control, preocupación por la salud de la o el bebé, así como, ansiedad y depresión.

Embarazo adolescente. Las adolescentes que enfrentan la maternidad tienen una situación muy complicada al verse obligadas a lidiar, simultáneamente, con el proceso de desarrollo propio de la edad y asumir la responsabilidad de cuidar a una persona recién nacida. Bajo estas condiciones, la maternidad puede representar una experiencia difícil, no deseada y vivida con culpa provocada por la sensación de que sus aspiraciones se ven frustradas. Hay evidencia de que las jóvenes madres están en alto riesgo de enfrentar adversidades como violencia, consumo de sustancias, poco o nulo respaldo de sus parejas y familia, deserción escolar y pobreza.

En México, en un estudio poblacional, la prevalencia de sintomatología depresiva grave en adolescentes se estimó de 10% a 15 % en la gestación y de 3.0% al 24.7% en el primer año posparto. El mayor riesgo se encontró en jóvenes que no estaban

en la escuela y en quienes tenían un hijo o hija mayor a un año. Otros estudios en México encontraron frecuencias de depresión de 39% durante el embarazo y de 16.05% y 33% en el posparto. Entre los factores de riesgo de DPP más importantes se encuentran que el hijo o hija ya tenga un año o más, no asistir a la escuela tener menos apoyo social, baja autoestima y haberse sentido deprimida en el embarazo.

La maternidad adolescente muestra, de manera más dramática, las diferencias en el significado de maternidad y paternidad. De la joven madre se espera un compromiso total con la o el infante, mientras que el padre tiene la opción de negar su paternidad, rehuirla o ejercerla, en la medida que crea conveniente.

Depresión posparto en el padre. La depresión durante el periodo perinatal también se observa en los padres: alrededor de 10.4% de padres presenta depresión perinatal y solo en algunos casos, esta está vinculada a la depresión de la madre. El único estudio en México encuentra que, durante el embarazo de la pareja, el 10% de los padres cumplió con criterios para depresión, así como 4.6% a la cuarta semana del posparto.

Un padre con depresión no puede ser soporte para la pareja, ni puede proporcionar protección y cuidados al infante. Las expectativas de género masculino respecto a la fortaleza e invulnerabilidad de los hombres, dificulta el reconocimiento y tratamiento de la depresión en estos

#### 4.10 Prevención

- Se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses posparto
- Los servicios de atención primaria y maternidad deben desarrollar estrategias pertinentes a nivel local para asegurarse de que puedan proporcionar atención psicosocial adecuada y culturalmente sensible a todas las mujeres en sus comunidades

- La enfermedad psiquiátrica materna, sin tratamiento o tratada inadecuadamente, puede dar lugar a un mal cumplimiento con la atención prenatal, a nutrición inadecuada, a exposición a medicamentos adicionales o remedios a base de hierbas, a aumento en el consumo de alcohol, a déficits en la vinculación madre-hijo y a alteración del entorno familiar
- Siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al Pediatra
- Las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del niño

#### 4.11 Diagnóstico de Depresión Posparto.

El diagnóstico de la depresión post-parto, se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios y ordenar un análisis de sangre para determinar si una tiroides poco activa está contribuyendo a los signos y síntomas para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad.

El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.

La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su

aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en el ámbito hospitalario y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países.

Los ítems de la escala de EDPS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia de los síntomas. Contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuestas de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados del 0 a 3. El rango total va de 0 a 30.

La puntuación máxima es de 30, cuando el resultado es mayor a 10 indica riesgo de depresión. Esta escala es utilizada como tamizaje ya que el diagnóstico de depresión es clínico. La sensibilidad de la EDPS es del 85% con un valor predictivo positivo del 73% para identificar a las mujeres con depresión posparto. La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general.

#### 4.12 Tratamientos para la Depresión Posparto

El objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso.

#### 4.13 Intervenciones Psicoterapéuticas.

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal.

Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

#### 4.14 Tratamiento Farmacológico.

Se debe considerar su uso de psicofármacos en embarazadas con depresiones moderadas a severas cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación.

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante lactancia.

## 5. LACTANCIA Y DEPRESIÓN POSTPARTO

### 5.1 Generalidades

La depresión postparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico materno más frecuente que puede determinar efectos negativos en el vínculo madre-hijo y sobre el desarrollo infantil, con una prevalencia entre 15 a 20%. Se estima que en el 2020 sea el segundo problema más común de Salud Pública. Una de las causas de la depresión posparto se debe en gran parte a los enormes cambios que sufre el cuerpo de una mujer durante y después del parto. Cambios que afectan al estado de ánimo de la mujer, pero también al recién nacido.

Los síntomas de la depresión posparto

- Sensación de tristeza profunda, intensa irritabilidad y enfado.
- Insomnio, pérdida de apetito, cambios de humor severos.
- Ansiedad, desbordamiento, llanto constante.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Falta de alegría en la vida.
- Sentimientos de vergüenza o culpa.
- Dificultad para relacionarse con el bebé.
- Evitar los amigos y la familia.
- Disminución de la concentración.
- Incapacidad para salir de la cama.

Hammen postula que la depresión genera estrés interpersonal, es decir conflictos interpersonales y bajo nivel de apoyo social, que mantienen y aumentan la depresión, afectando el bienestar futuro del niño. Aunque se sugiere que la corrección de los factores ambientales adversos puede mitigar los efectos negativos, los trabajos con seguimiento a largo plazo demuestran que el compromiso neuroconductual persiste en adolescencia y adultez.

## 5.2 Factores de riesgo de la lactancia materna en la depresión posparto.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

- Lactancia materna exclusiva: lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba de forma adicional a la leche únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna predominante: lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna completa: incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante.
- Alimentación complementaria: leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

## 5.3 La Relación Entre la Depresión Posparto y El Desarrollo del Bebé.

La lactancia materna se asocia con beneficios indudables para el niño; por ejemplo, reduce el riesgo de infecciones y obesidad y la presión arterial. En la madre, la lactancia reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios y disminuye la presión arterial. Un total de 18 estudios aportaron información para este

interrogante. La lactancia de menor duración se asoció con índices más altos de síntomas depresivos y de depresión posparto. En 4 trabajos se analizó específicamente la duración de la lactancia materna exclusiva; se concluyó que la depresión posparto y la sintomatología depresiva durante el puerperio se correlacionan con el cese precoz de la lactancia materna exclusiva.

En 3 artículos los síntomas depresivos aparecieron antes de la interrupción de la lactancia en la mayoría de los casos. Las actitudes negativas y la menor confianza en relación con la lactancia materna y las dificultades para amamantar se asociaron con más síntomas depresivos y con mayor incidencia de depresión posparto. Los estudios confirmaron la relación entre la lactancia materna y la depresión posparto.

La madre deprimida se siente culpable por no estar feliz con su recién nacido. En casos severos de depresión postparto, la madre tiende a rechazar a su bebé. Este trastorno se presenta en mujeres que dieron a luz y que ya han sufrido cuadros depresivos o son más predispuestas a alteraciones emocionales; conozca sus manifestaciones.

Se considera que la DPP es un factor de riesgo que influye negativamente en el desarrollo cognitivo y emocional del niño. La depresión postparto es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales que influirán en el parto y desarrollo del lactante. Por ejemplo, en los recién nacidos de madres deprimidas existiría mayor reactividad fisiológica (aumento de frecuencia cardíaca y niveles de cortisol), lo que se traduce en mayor irritabilidad y menor tolerancia al estrés.

Asimismo, en lactantes se ha reportado menor actividad general, afecto plano, y cambios electroencefalográficos similares a los que ocurren en adultos con depresión crónica; además, a los 18 meses estos niños presentan peor desempeño en la escala de evaluación de desarrollo psicomotor de Bailey.

No se niega que la salud mental de la madre es de suma importancia no sólo para ella, sino también para el bebé. Sin embargo, una madre depresiva o que sufre de ansiedad puede no poder satisfacer las necesidades del bebé para crecer y prosperar. A medida que las mamás entran en depresión, son menos capaces de

cuidarse a sí mismas, y mucho menos a sus hijos. Y, por supuesto, esto puede causar problemas emocionales y de desarrollo para los bebés y niños pequeños.

Es poco probable que ella le vea, lo acaricie, mime y que interactúe con su bebé lo que lo pone en riesgo de sufrir efectos negativos para su salud, tales como:

- Retrasos en el crecimiento/malnutrición
- Retrasos del desarrollo
- Dificultades del sueño
- Problemas emocionales y del comportamiento
- Problemas de aprendizaje

La depresión posparto afecta a una madre al desarrollo y al sueño de su bebé. A medida que las mamás entran en depresión, son menos capaces de cuidarse a sí mismas, y mucho menos a sus hijos. Y, por supuesto, esto puede causar problemas emocionales y de desarrollo para los bebés y niños pequeños. Los bebés pueden desarrollar apegos inseguros con la madre, lo que puede llevar a retrasos en el desarrollo, problemas emocionales en el futuro y problemas en su sueño.

### 5.3.1 Retrasos en el crecimiento malnutrición

Según el “Estado Mundial de la Infancia 2007” de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas alrededor de 146 millones que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento). Sin embargo, se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, siendo así otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras.

Se señala que el impacto de DPP continúa en edades avanzadas de los niños; por ejemplo, en preescolares existiría mayor frecuencia de trastornos de conducta, ansiedad, agresividad, retraso del lenguaje, y bajo desarrollo socio-emocional;

también se ha observado mayor dificultad de adaptación y concentración en escolares, abuso de sustancias, psicopatologías y agresividad en edades mayores.

### 5.3.2 Los Primeros Sentimientos de Rechazo Hacia el Bebé

Cuando una mujer se convierte en madre, se realizan muchos de sus sueños y anhelos. Muchas de tus ilusiones y alegrías son cumplidas gracias a ese pequeño bebe que tienes en tus brazos. Estás a punto de vivir una de las aventuras más importantes de tu vida. Y como buena aventura vas a vivir y a sentir muchas más cosas de las que en un primer momento te podías imaginar.

Pero de pronto has dejado de ser tú, de estar centrada solamente en ti y en tus necesidades, para estar centrada en las necesidades de ese pequeño e indefenso ser, que depende para todo de ti. Él bebe necesita que le alimenten, te necesita para que le calme cuando llora, te necesita para que le des calor, para que le lleves al médico, para que le duermas. Él bebe depende absolutamente para todo de ti. Y comienza la angustia. Esa demanda continua de tu bebe estos primeros meses, ese no parar de mañanas, tardes, noches.

Ese continuo cuidar y atender al bebe durante 24 horas al día, 7 días a la semana. Este cubrir de manera permanente las necesidades de tu bebe, dejando apartada las tuyas pueden provocar sentimientos de frustración, irritabilidad, mal humor, ansiedad, estrés, sentirte desbordada por tu bebe, sin fuerzas, incluso pueden aparecer sentimientos ocasionales de rechazo hacia tu bebe. Agravada esta situación por los múltiples despertares nocturnos que impiden un adecuado descanso.

### 5.3.3 Retrasos del Desarrollo

La lactancia materna se asocia con beneficios indudables para el niño; por ejemplo, reduce el riesgo de infecciones y obesidad y la presión arterial. En la madre, la lactancia reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios y disminuye la presión arterial.

Las preocupaciones relacionadas con la lactancia, las actitudes negativas, las dificultades para amamantar, el dolor mamario durante la lactancia y la percepción de menor eficacia predijeron niveles más altos de síntomas depresivos y de depresión posparto. Las pacientes que presentan depresión durante el embarazo y el período posparto tienen consecuencias negativas en términos de la lactancia; por ejemplo, las mujeres con síntomas depresivos antes del parto y después de este tienen probabilidades más altas de interrumpir la lactancia.

### 5.4 Impacto del Estado Depresivo Postparto de la Madre en el Estado Nutricional del Lactante

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

Sin embargo, después de determinado periodo de tiempo de su lucha con el amamantamiento, ella comienza a percibir que el hijo presenta ganancia insuficiente de peso. Al rechazar la observación de normalidad que otros atribuyen al acto, la mujer intenta otras soluciones para alimentarlo contando con el apoyo y participación de los familiares que se unen junto a ella en acciones para resolver el problema que se presenta, ignorando consecuencias futuras para el éxito del

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

Luego al comienzo que ella no estaba dando leche debido a esa ansiedad suya del postparto, entonces, él estaba pasando hambre, entonces ella decía: “¡yo no voy a dar nada, porque si no él no va a estar sano!” Pero yo decía: “¡no, mi hijo está pasando hambre!” Ella hablaba: “¡no, si le doy biberón él no va a tomar pecho y no va a ser saludable!” (Hombre B).

Estas acciones son apoyadas por miembros de la familia, más son aceptadas con restricciones por la mujer, siendo desconsideradas por el marido que se ve con dificultades de manejarlas, además de preocupado, priorizar la atención de las necesidades alimentarias del hijo. Las decisiones para resolver el problema alimentario del hijo a través de otra leche son atravesadas por diversos sentimientos, entre ellos la frustración, la culpa, la desvalorización de sí misma en su competencia como madre, principalmente cuando compara su desempeño con el de otras mujeres de su entorno que, en su evaluación, tendría más inconvenientes para amamantar efectivamente y lo hacen sin problemas.

Estos sentimientos se vuelven más fuertes cuando ella se había preparado y ya tenía conocimientos sobre el amamantamiento anteriormente a la llegada del hijo, y eso la decepciona profundamente. La lucha diaria con el hijo también se extiende a la lucha con su llanto que es la manera que ella tiene para comunicar que algo no está bien y es preciso que las personas consigan descifrarlo y atenderlo, hasta que ella logre a través del lenguaje decir lo que siente y lo que quiere.

Así, Luchando con el llanto del hijo, dice respecto del comportamiento de la mujer y familia en relación al lloro del niño y las estrategias utilizadas para la resolución del mismo. La cara de llanto del niño es el símbolo de la madre suplidora de las necesidades del hijo que desencadena pensamientos que remiten a cuidados.

Es un comunicado de que algo está incomodando al bebé y despierta ideas para solucionarlo. Afecta a algunos miembros de la familia que pasan a tener problemas con el descanso nocturno, especialmente la mujer que está consecuentemente sobrecargada por el acúmulo de funciones en la atención de las necesidades del recién nacido y de otras personas de la familia.

Los sentimientos que la mujer experimenta ante el llanto del bebé van desde descontrol, trastorno y desesperación, impregnados de la dificultad de identificar y consecuentemente resolverlo, culminando con su propio llanto al sentirse impotente y también con el deseo de poner fin, de manera drástica a lo que la incómoda. Ella se ve distanciada físicamente del hijo cuando éste llora, como una estrategia para evitar las intensas molestias que siente, para auto preservarse, recomponerse y consecuentemente dar la vuelta a la situación una vez resuelto el problema.

Ella en algunas situaciones consigue identificar que el hijo se agita más con su presencia, presiente que él absorbe su estado emocional e intenta apartarse como una manera de suavizar la situación. En esos momentos, con frecuencia, ella cuenta especialmente y por un periodo relativamente largo, con la ayuda de otras mujeres de la familia, con quien se siente más segura y donde se siente cambiando temporalmente los papeles en la atención a las necesidades del niño.

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

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

ella entienda que el problema a pesar de haber provocado dolores y malestar en el niño, luego se resolverá.

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

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

## 5.5 Efectos de la Depresión Posparto en el Bebé

Existe un vínculo entre madre e hijo, y los síntomas de depresión en las madres pueden afectar al establecimiento de los lazos afectivos entre ambos, afectando al desarrollo cognitivo, emocional y físico del bebé. Al padecer depresión la madre puede llegar a:

- No estar emocionalmente disponible para cubrir todas las necesidades del bebé.
- Tener dificultades a la hora de interpretar adecuadamente los mensajes del bebé y, por tanto, dar respuestas erróneas a sus necesidades.
- Está expresamente prohibida la redistribución y la redifusión de este contenido sin su previo y expreso consentimiento.

## 5.6 La Lactancia Como “Fármaco” En La Depresión Postparto

La madre con depresión posparto que está tomando varios tipos fármacos debe suspender la lactancia materna, según María Fe Bravo Ortiz, jefa de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz. Las sustancias químicas de los medicamentos se transmiten al bebé a través de la lactancia materna. Sin embargo, algunos fármacos sí son compatibles y no suponen un riesgo para la salud de tu bebé cuando le das el pecho.

Siempre que se pueda, es aconsejable mantener la lactancia materna porque al dejar de alimentar con leche natural, la madre puede sentirse culpable por ello y acentuar aún más la depresión posparto. En cualquier caso, siempre es el médico quien debe determinar qué fármaco debe tomar la madre (y no auto medicarse) y si debe amamantar al bebé o no.

En la actualidad, los beneficios de la lactancia materna están más difundidos y son más conocidos que los síntomas y las señales de alarma vinculadas con los trastornos psíquicos puerperales. Lamentablemente, falta formación y capacitación respecto de esta problemática. Es imperioso que los profesionales de la salud que se desempeñan en el área perinatólogica entiendan su función clave en la detección precoz y, por consiguiente, en la posibilidad de que las mujeres padecientes reciban un tratamiento idóneo y oportuno.

Si la mujer madre desea amamantar a su bebé, suprimir la lactancia materna debería ser la última opción. El doctor Louis-Víctor Marcé recomendaba, hace más de 50 años, no destetar hasta que remitiera la sintomatología depresiva. En la actualidad, se sabe que hay gran variedad de psicofármacos compatibles con la lactancia, si bien es cierto que es importante tener en cuenta otras variables tales como los efectos secundarios del fármaco, la cantidad de casos publicados, la dosis relativa que recibe el lactante, etc.

Es imprescindible tener presente que el destete precoz no sólo suele impactar en la salud del lactante, sino también en la de su madre: la evidencia científica indica que es un factor de riesgo para el aumento de la ansiedad y de la depresión materna. Como sugiere la Academia Americana de Pediatría, “antes de recomendar la lactancia artificial o un destete temprano el profesional médico debería sopesar muy seriamente los beneficios de la lactancia frente a los riesgos de no recibir leche materna”.

Algunos de los beneficios de la lactancia se pueden comprender desde una perspectiva neurohormonal. Las principales hormonas intervinientes en el amamantamiento son la prolactina y la oxitócica. La prolactina no sólo tiene un papel central en la producción de la leche materna, sino que además tiene efectos a nivel de la adaptación del cerebro materno a la nueva función: produce cambios que facilitan el maternaje, promueve conductas de protección y tiene además un efecto estabilizador, “ansiolítico”.

Las madres que amamantan puntúan más bajo en las escalas de estrés, ansiedad y depresión que las que no lo hacen. Por su parte, la oxitocina favorece la eyección de leche materna pero además media en el vínculo madre-hijo/a, aumenta los sentimientos de confianza y bienestar maternos, reduce la tensión arterial y la tasa de hormonas del estrés en la madre e induce serenidad y calma en ambos integrantes de la diada. Asimismo, tiene importantes efectos en el neurodesarrollo del lactante, mejora el vínculo afectivo y disminuye el riesgo de abandono y maltrato infantil.

La lactancia materna protege a los bebés de los efectos nocivos de la depresión materna. Se han realizado estudios comparativos con madres deprimidas que lactaban y madres deprimidas que no lo hacían, en los que se ha observado que en los casos en los que las madres amamantaban a sus bebés, la responsividad materna era mayor y las interacciones diádicas más satisfactorias, las madres lactantes miraban, tocaban y hacían más contacto visual con sus bebés que las madres que no estaban amamantando.

## 5.7 Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes

El puerperio es un momento de vulnerabilidad psíquica que puede cursar con cuadros psicopatológicos específicos como son los trastornos afectivos del posparto y las psicosis puerperales. En muchos de estos casos puede ser necesario el tratamiento farmacológico durante la lactancia. Sin embargo, el temor a que se les recomiende destetar para recibir tratamiento con psicofármacos hace que muchas madres que amamantan demoren en consultar o que eviten el tratamiento.

Los datos más recientes señalan que la gran mayoría de psicofármacos son seguros durante la lactancia. La Agencia Federal de Medicamentos estadounidense (FDA) está revisando sus recomendaciones en este sentido con el fin de mejorar la información que se facilite en los prospectos sobre el uso de fármacos en la lactancia. Entre las modificaciones se pretende hacer hincapié en los beneficios de la lactancia materna incluyéndolos de forma detallada en todos los prospectos. Recomendar tratamiento psicofarmacológico para una madre que amamanta a su bebé es una decisión compleja.

## 5.8 Las Ventajas de la Lactancia desde una Perspectiva Neurobiológica

Los beneficios de la lactancia materna para la salud del bebé y de la madre han sido ampliamente demostrados. Tanto es así, que la Academia Americana de Pediatría recomendó hablar de los riesgos de la lactancia artificial en vez de las ventajas de la lactancia materna. No amamantar conllevaría riesgos objetivos de morbimortalidad para la madre y su hijo. La alimentación del bebé con sucedáneos de leche materna se asocia a corto plazo con una peor adaptación intestinal, un aumento de la incidencia y duración de procesos infecciosos, mayores tasas de hospitalización y mayor riesgo de mortalidad pos neonatal.

A medio y largo plazo se relaciona con dificultades en la alimentación, peor desarrollo neurológico, incremento del riesgo de obesidad, cáncer, enfermedades autoinmunes y alérgicas. Para una revisión detallada de los riesgos de la lactancia artificial puede consultarse el Manual de Lactancia Materna publicado por la Asociación Española de Pediatría. En la madre, la lactancia artificial se asocia con una peor involución uterina, peor recuperación del peso pregestacional, mayor incidencia de artritis reumatoide y aumento del riesgo de algunos tipos de cáncer y diabetes.

Algunos de los beneficios de la lactancia se pueden comprender desde una perspectiva neurohormonal. Las dos principales hormonas involucradas en el amamantamiento son la prolactina y la oxitocina. La prolactina, además de intervenir directamente en la producción de la leche materna, desempeña un papel central en la adaptación del cerebro de la madre. Produce los cambios que dan lugar a la conducta maternal, o, dicho de otra forma: la prolactina es una hormona que facilita el maternaje. Probablemente a las madres que tienen niveles altos de prolactina por la lactancia les resulte más fácil y sencilla la crianza.

La prolactina tiene además un efecto ansiolítico, interviniendo en la regulación del eje HPA. Las madres que amamantan puntúan más bajo en las escalas de estrés, ansiedad y depresión que las que no lo hacen, y existe una correlación con los niveles de prolactina sérica. Este efecto ansiolítico de la lactancia se ha descrito como especialmente importante en madres con trastornos afectivos. La prolactina también promueve que la madre desarrolle conductas de protección. Por ejemplo, agudiza la capacidad discriminativa auditiva materna, con lo que facilita la vigilancia del recién nacido.

Por su parte, la oxitocina favorece la eyección de leche materna. Además, media en el vínculo madre-hijo: con cada pico de oxitocina se produce un sentimiento amoroso, lo que favorece que la madre desee y busque la cercanía de su bebé. Asimismo, aumenta los sentimientos de confianza y bienestar maternos, lo que incrementa su autoestima. Tiene además un importante poder ansiolítico, mejora la memoria social y fomenta el interés por las relaciones sociales.

El puerperio es un periodo de especial vulnerabilidad psíquica

- Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental
- El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé
- La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante
- El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico
- La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia
- Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos.
- Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinar

## 5.9 Consideraciones antes de prescribir.

La elección de un tratamiento farmacológico para madres lactantes debe derivarse de un análisis individualizado de los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica. Se deben considerar por lo tanto los riesgos de no tratar la enfermedad materna, tanto para la madre como para el bebé, los riesgos y beneficios del tratamiento específico y los riesgos y beneficios de la lactancia para la díada madre-bebe. Es preciso facilitar información científica completa sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos para favorecer la toma de una decisión informada. Es imprescindible informar a la madre de la manera más detallada posible de la evidencia actual sobre la seguridad del fármaco para el bebé, ya que, si no, corremos el peligro de que ella rechace u oculte la no cumplimentación del tratamiento por miedo a dañar al bebé, situación más habitual de lo que se piensa en la práctica diaria y que el clínico puede equivocadamente interpretar como una falta de respuesta a la medicación.

Las intervenciones no farmacológicas deberían ser consideradas en primer lugar, y de elección en depresiones de leves a moderadas. A la hora de elegir el

psicofármaco adecuado para madres lactantes hay que tener en cuenta: la farmacocinética del fármaco en la madre, el transporte del fármaco a la leche, y la farmacocinética del lactante.

## 5.10 Monitorización del bebé

En todos los casos es imprescindible que el pediatra lleve a cabo una valoración completa de la bebé previa al inicio del tratamiento. Dicha valoración debe prestar especial atención a los aspectos neurológicos, como ritmos de sueño y vigilia, psicomotricidad, irritabilidad y temperamento, puesto que son en estas áreas donde más fácilmente se detectarán los efectos de una intoxicación por psicofármacos. No se recomienda de manera rutinaria medir los niveles plasmáticos en el suero del bebé, tan sólo es recomendable ante un caso de sospecha de intoxicación.

Sólo si los niveles son elevados y se observen síntomas en el bebé, se suspenderá la lactancia o se disminuirá la dosis de la toma materna (si es posible). La monitorización del bebé es especialmente importante si tiene un peso bajo, es prematuro o presenta cualquier condición clínica comórbida. La mayoría de psicofármacos se metabolizan por vía hepática. El metabolismo hepático y renal del lactante va a variar en función de su edad. Es menor en los primeros meses de vida o en situación de prematuridad. La mayoría de psicofármacos se metabolizan por vía hepática.

En las primeras semanas, la capacidad de metabolismo hepático es un tercio la del adulto. Es aún menor en los prematuros y en neonatos que presentan hiperbilirrubinemia. Posteriormente, esta capacidad se incrementa durante dos o tres meses, siendo mayor que la de los adultos. Una vez elegido el fármaco, se recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis habitual y realizar un incremento paulatino de la dosis, intentando mantener siempre la mínima dosis posible. Sólo ante la presencia de cualquier síntoma o signo de sospecha, se

procederá a la determinación de los niveles plasmáticos del fármaco o sus metabolitos en el lactante.

### 5.11 Facilitar la Lactancia

En general, hay que favorecer y facilitar la lactancia. Para ello, es fundamental fomentar la autoestima materna, la confianza materna en su capacidad de cuidar y amamantar al bebé, felicitarle por estar dando de mamar, buscar apoyo en la familia extensa, contar con el padre en todo el plan de tratamiento, y promover el descanso. A veces parece que la lactancia es el problema y que si la madre desteta conseguirá descansar. Sin embargo, como ya se mencionó, el destete puede suponer un perjuicio para el bienestar de la madre y en consecuencia para el del bebé.

Para la madre deprimida o ansiosa sentirse presionada a destetar puede suponer un gran estrés que no se justifica. Como profesionales, se tiene que recordar a las madres que el bebé necesita de su bienestar y estabilidad emocional. Y, sobre todo, es imprescindible que se respete al máximo la decisión (informada) final. No se debe olvidar que, para algunas madres, la lactancia es agotadora, pero para muchas otras, puede ser la única fuente de satisfacción a veces en condiciones muy adversas.

Son muchas las madres que necesitan varias semanas para poder decidir si toman o no un tratamiento farmacológico, no hay que forzar la toma de decisiones en una única o primera consulta. Se inicie o no el tratamiento farmacológico, las opciones de tratamiento no farmacológicas y la derivación a grupos de apoyo y consultas de lactancia, cada vez más numerosas, deben ser valoradas.

## 5.12 Tratamiento Psicofarmacológico

### 5.12.1 Antidepresivos

Se considera que la mayoría de los antidepresivos son seguros durante la lactancia. La cantidad de antidepresivo que pasa a la leche materna varía según el fármaco. La recomendación de un fármaco frente a otro actualmente está determinada por los niveles de antidepresivo en leche materna bajos o indetectables junto a la ausencia de casos reportados de efectos adversos graves en el lactante.

Recomendaciones básicas para el tratamiento con psicofármacos

- Evaluar estado mental materno. Según gravedad y riesgos, previo consentimiento informado, iniciar o no un tratamiento farmacológico.
- Valorar apoyos familiares y derivación a grupos de madres.
- Favorecer la lactancia y la capacitación materna. Informar de sus beneficios.
- Elección del fármaco según respuesta previa y seguridad para la lactancia.
- Favorecer la monoterapia y la utilización de la mínima dosis eficaz.
- Monitorizar (observar) posibles efectos adversos en el lactante

Existen numerosos estudios que señalan la seguridad de los antidepresivos clásicos, es decir, los tricíclicos para el tratamiento de madres que amamantan. En una revisión sobre el tema Wisner y Cols afirman que los recién nacidos a término sanos, de más de diez semanas, tienen muy poco riesgo de efectos secundarios si la madre toma tricíclicos, puesto que no se han detectado metabolitos en leche ni efectos adversos en los bebés amamantados mientras sus madres tomaban dichos fármacos.

En estudios de seguimiento a largo plazo, no se han observado problemas en niños que lactaron cuando sus madres tomaban tricíclicos. Tan sólo existe una excepción: La doxepina, que se desaconseja en lactancia materna por sus potenciales efectos tóxicos en el lactante tal y como se describió en un caso publicado. Se han comunicado algunos casos en los que durante el tratamiento con antidepresivos

como la fluoxetina, el lactante presentaba nerviosismo, irritabilidad, llanto excesivo, alteración del sueño y de la alimentación. En muchos de estos casos no ha sido posible establecer una relación directa entre la exposición y los efectos.

En cualquiera de los supuestos, los efectos secundarios no son graves, suelen ser transitorios y ceden al retirar la medicación. En un caso de una madre tratada con citalopram se detectó el fármaco en el suero del bebé (de cuatro semanas) que presentaba alteración del sueño. Esta alteración cedió al bajar la dosis a la mitad e incluir dos tomas de biberón.

### 5.12.2 Ansiolíticos

Varios estudios han señalado que los benzodiazepinas de vida media larga, como el diazepam y el clonazepam, no son aconsejables para su uso durante la lactancia ya que hay algunos casos publicados en los que se observó sedación, letargia y pérdida de peso en bebés expuestos a dichos fármacos a través de la leche materna. El lorazepam parece ser el fármaco de elección en madres que amamantan. En un estudio de 51 madres no se observó ningún efecto adverso en los bebés. Igualmente, no se observaron efectos adversos en lactantes de madres en tratamiento con oxazepam o temazepam.

En general, se sugiere que el uso de los benzodiazepinas de vida media corta o moderada no plantea problemas siempre que se haga de manera puntual y siguiendo las recomendaciones mencionadas anteriormente sobre el uso de psicofármacos en la lactancia.

### 5.12.3 Antipsicóticos

Entre los antipsicóticos clásicos, la clorpromacina es el fármaco que más se ha estudiado en relación con la lactancia. En diversos estudios se han detectado niveles variables del fármaco en el suero de bebés amamantados.

Algunos autores señalan que en las madres que llevan tiempo tomando un antipsicótico a dosis mínimas (como haloperidol o clorpromacina) los beneficios de la lactancia probablemente superen a los posibles riesgos de exponer al bebé a dosis mínimas de antipsicóticos. Por el contrario, en las madres que precisan dos antipsicóticos o dosis elevadas, sería más recomendable suprimir la lactancia. En cualquier caso, siempre que se prescriba un antipsicótico en una madre que amamanta hay que prestar especial atención a valorar en el lactante la sedación, la ganancia de peso y el desarrollo psicomotor.

#### 5.12.4 Antiepilépticos

Aunque la Academia de Pediatría Americana desaconseja el uso de la carbamacepina y el ácido valproico durante la lactancia, pocos estudios han evaluado el impacto de estos dos fármacos en la salud del lactante. Ambos fármacos se han asociado en los adultos con disfunción hepática y hepatotoxicidad. El riesgo de hepatotoxicidad es mayor en menores de dos años, por lo que los lactantes serían especialmente vulnerables a este efecto indeseado.

Si la madre está tomando el fármaco, se deben monitorizar los niveles plasmáticos de la madre y del lactante, y la función hepática. Perdiéndose en medio de sentimientos en la lucha con lo desconocido. Representa el segundo momento del modelo teórico. Esa etapa en que la mujer se hunde en el proceso depresivo está compuesta por sentimientos extraños y desconocidos. Las situaciones que vive quedan cada vez más fuera de su control; ella no se ve muy bien y su habilidad para funcionar como madre varía bastante.

En esta etapa, la familia también precisa luchar mucho para bregar con su funcionamiento variable e intenta de todas las formas ampararla y mantener el curso de los cuidados del niño y de la casa. La soledad que la mujer experimenta deriva de la dificultad en expresar y en tener sus sentimientos y miedos reconocidos por la familia. El exceso de cuidados que ella presta al hijo funciona como garantía de que no está fallando en la función que se propone. Incluso cuando alertada por mujeres

de la familia que en la relación con ella y con los cuidados que ella presta al hijo aportan sus experiencias para la situación, la mujer no entiende y rechaza las percepciones de ellas al respecto.

En otras situaciones, la falta de control sobre los cuidados excesivos que presta al hijo está justificada por la sensación de normalidad que tiene de sus acciones, o sea, ella no ve exagerado su comportamiento, como es percibido por la familia.

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

Los hijos de madres que tienen depresión posparto no tratada tienen más probabilidades de tener problemas emocionales y de comportamiento, como dificultades para dormir y comer, llanto excesivo y retrasos en el desarrollo del lenguaje.

## 6. DEPRESIÓN POSPARTO Y DIFERENCIACIÓN CON OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS

### 6.1 Depresión posparto

La Asociación Mexicana de Psicología señala que la depresión posparto “es un trastorno del estado de ánimo con inicio en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en:

- Depresión posparto leve o “baby blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta del 2º al 4º día del parto, y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días o dos semanas.
- La depresión mayor posparto: se inicia entre la 2ª a 8ª semanas tras el parto, y en ocasiones incluso seis meses más tarde con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia ella misma.
- Psicosis posparto: Enfermedad aguda y grave se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.

Melancolía maternal, también llamada tristeza posparto. Es el grado más leve de los trastornos del estado de ánimo. Son episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto y desaliento; fatiga, ansiedad, confusión, insomnio; cuya aparición se sitúa entre el 3º y 7º día posparto. La afectividad se expresa como un sentimiento de tristeza, desesperanza y desánimo, aunque no todas las pacientes son capaces de reconocerlo. La tristeza habitualmente coexiste con ansiedad e irritabilidad, y con sensación de astenia e irritabilidad. Otros síntomas frecuentes son: insomnio, pérdida de apetito, anhedonia, desbordamiento.

La paciente depresiva refiere pérdida de interés o placer en sus aficiones o actividades cotidianas, una anhedonia que a veces es percibida mejor por los familiares que por la paciente. El pensamiento tiene un matiz negativo y pesimista, con sensaciones obsesivas en torno a diversos aspectos. Otro aspecto a tener en cuenta es el abandono de su aspecto físico e incluso de su higiene personal. Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años).

El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como

son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

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

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos.

Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de depresión posparto, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión.

Algunos estudios realizados recientemente por la Asociación Americana de Psicología (2014) han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la depresión posparto no se diferencia mayormente de la hallada durante un episodio depresivo mayor

registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. La depresión posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal. Se considera que entre el 15% y el 85% de las mujeres en los diez primeros días posparto pueden padecer síntomas compatibles con este trastorno. Los síntomas más comunes comprenden llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, ansiedad y alteraciones del sueño. Normalmente estos síntomas ceden espontánea y rápidamente sin requerir tratamiento; sin embargo, la presencia de esta sintomatología es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puerperal.

De otra parte, la psicosis posparto es un cuadro clínico que ocurre en uno de cada mil partos y está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos dados por ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamientos extraños. Tiene su inicio en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como euforia, labilidad emocional, destructibilidad y aumento de la actividad. Este trastorno ha sido asociado en diferentes estudios con un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que usualmente requiere hospitalización.

Es de gran importancia la detección de síntomas clave en el embarazo y posparto que nos ayude a diagnosticar dichos procesos de forma precoz evitando su elevada morbimortalidad, así como sus complicaciones. Baby blues o también llamado “síndrome del tercer día”; es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, teniendo una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, el tercer día tiene relación con su aparición que suele ser entre el tercer y quinto día posparto, y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas.

Se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, accesos de llanto y tristeza que no llegan a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de posparto blues podría desarrollar una depresión influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad. Existen dos hipótesis que intentan explicar este proceso:

- La primera relaciona los cambios de estado de ánimo con los cambios bruscos de niveles hormonales. Además, durante el embarazo se producen un bajo nivel de progesterona y de sus metabolitos sobre todo alopregnanolona (hormona sexual). Este bajo nivel se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos. Ambas sustancias poseen afinidad por los receptores GABA, siendo esta la razón de su efecto ansiolítico y anestésico.
- La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona madre-hijo y que regula la oxitocina. En situaciones

normales, la oxitocina potencia la conducta de apego madre- hijo, sin embargo, ante situaciones de estrés, tensión emocional o pobre apoyo ambiental parece relacionarse con la aparición de síntomas depresivos.

## 6.2 Posturas sobre la depresión posparto.

Indudablemente el parto es una experiencia física de dolor intenso, provocado por las contracciones uterinas, la distensión pélvica y la dilatación del conducto vaginal, que favorecen la salida del bebé del cuerpo de la madre. Al progresar el trabajo del parto aparecen sensaciones diferentes tanto en el cuerpo como en la mente de la madre que se interrelacionan entre sí.

El dolor físico experimentado adquiriría un sentido específico para la madre, podría asumirlo como parte de un proceso que la lleva a dar vida, como un acto creativo, responsable y satisfactorio, en el que confía para tolerar el dolor y concentrar sus energías en la expulsión o, por el contrario, podría también vivirlo como una experiencia masoquista, sentida como una amenaza violenta a la unión simbiótica, invadida por angustias de desintegración. Si bien, es de esperar que la madre se haya anticipado psíquicamente para el alumbramiento durante el embarazo, el parto no deja de ser un evento puntual y abrupto que produce intenso desconcierto.

Este representa un cambio radical de estado, una discontinuidad psicosomática, que expone a la madre a la irrupción de angustias intolerables e irrepresentables. De acuerdo con Bouchart-Godard (1992) las experiencias subjetivas y objetivas del parto son extremadamente variables, y así como existen mujeres que se sienten desestructuradas, otras consiguen enfrentarlo a través de mecanismos obsesivos, donde el dolor y la ansiedad quedan controlados, o negados en los estados de mayor disociación. La materialización de la separación física en el parto, predispondría a la actualización de experiencias de separación temprana vividas como traumáticas.

En éste sentido, el parto puede ser representado inconscientemente como un estallido o un desgarramiento de la envoltura psíquica (Anzieu, 1998), en el que la separación se viviría como a una pérdida narcisista de una parte vital, correspondiente a una relación de objeto parcial, precipitando en éstos casos, angustias de desintegración. La depresión posparto ha sido identificada desde el año 460 a.c, siendo Hipócrates quien describió las enfermedades mentales graves que aparecían después del parto, llegando a denominarlas “locura de las parturientas” donde se caracterizaban por la presencia de fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno.

Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, en las últimas décadas ha surgido el interés por profundizar en su estudio. Como cuadro psicopatológico ha

venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas. Las razones por las que se produce la depresión posparto no han dejado de ser estudiadas. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo. El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos. A la fragilidad y desorientación que deja el parto, se le agrega la exposición inmediata a emociones muy primarias de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial con el recién nacido (Kristeva, 1988).

El llanto, los gemidos, los olores, los roces se constituyen en intercambios capaces de evocar en la madre la memoria de sus angustias más arcaicas. Según Stern (1985) la presencia y apoyo de una red familiar, sobretodo la atención y cuidado de la madre, se constituyen en estos momentos en un importante soporte que ayuda a la madre a contener sus propios temores y angustias. Sin embargo, en la sociedad actual, las familias extensas, capaces de brindar este apoyo, son cada vez más escasas. Difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías y hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia. La depresión posparto se revela como una incapacidad para responder al mandato biológico de la pulsión de vida, de “hacer sobrevivir”, de responder a la angustia del bebé por “sobrevivir”. Detrás del estado depresivo se ocultarían sentimientos de frustración, rabia y odio, sentimientos todos ellos incompatibles con las representaciones que sobre la maternidad se tienen en nuestra cultura, en la cual se idealiza el rol de la madre abnegada, quien se ve empujada a negar sus necesidades, fantasías y deseos pulsionales (Kristeva, 1997).

La vivencia de separación y pérdida materializada en el parto contiene la fuerza de poder revivir experiencias traumáticas tempranas en un alto porcentaje de madres en nuestra actual sociedad occidental, dificultando la tarea de la madre para asumirse como responsable activa de la atención y cuidado de su bebé. En estos casos, la madre quedaría presa en un estado narcisista, fijada en una identificación con el objeto perdido. Las manifestaciones de la depresión posparto -la tristeza, ansiedad e irritabilidad- en sus distintos grados, podrían considerarse como defensas contra la angustia esquizoide de fragmentación, y sus peligrosas consecuencias, comparable al movimiento intrapsíquico que describe Julia Kristeva (1997) al referirse a la depresión cuando señala: “En efecto, la tristeza reconstruye una cohesión afectiva del yo que reintegra su unidad en la envoltura del afecto.

El humor depresivo se constituye como un soporte narcisista... que lo protege contra el pasaje al acto suicida... El depresivo no se defiende de la muerte pero sí de la angustia que le provoca el objeto erótico. El depresivo no soporta a Eros, prefiere entenderse con la Cosa hasta el límite del narcisismo negativo que lo conduce a Tánatos”. Factores biológicos, sociales y psicológicos. Ellos afirmaron que “la

depresión posparto tiene una etiología multifactorial, no existe una causa única que provoque la depresión posparto sino un conjunto de factores causales” (Machado R, & García S, 2012). Oviedo & Jordán (2000) determinan que biológicamente ocurre disminución de niveles de serotonina y disminución de niveles de estrógenos y progesterona. Las investigaciones sobre la causalidad de estos cambios hormonales sobre la depresión posparto no arrojan resultados positivos, no hay evidencias sobre su relación causa- efecto. Aunque los niveles de estrógenos y progesterona pueden afectar a las emociones, no se han encontrado diferencias entre los niveles de hormonas de las madres que desarrollan depresión posparto y las que no.

La evidencia disponible ha permitido establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión posparto, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos. El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales.

Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión posparto en comparación con púrpas normales. Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto. Los factores implicados en el desarrollo de la depresión posparto se podrían clasificar en psicosociales y ambientales; para los primeros existe mayor calidad y cantidad de estudios que corroboran una fuerte asociación; para los segundos, los datos aportados por la investigación aún resultan inconclusos. Orozco (2013) señaló que existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión posparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión.

El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad. El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pre término y bajo peso al nacer. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se postulan dos hipótesis: un cuidado prenatal inadecuado derivados de estas condiciones psicológicas, o una relación directa sobre el embarazo producida por modificaciones directas a nivel bioquímico u hormonal.

Los especialistas en salud mental Mateos & Cabaco (2010), indican que la sintomatología psicológica de las mujeres puede ser un elemento determinante en el desarrollo y los resultados de la gestación y del parto. En un estudio longitudinal se realizó una evaluación de los síntomas psiquiátricos en mujeres gestantes, estableciendo relaciones con trastornos de personalidad y factores sociodemográficos. Se encontró un mayor nivel de síntomas psiquiátricos evaluados mediante el cuestionario SCL-90 (Inventarios de Síntomas SCL-90 de L. Derogatis) durante el embarazo que después del mismo. Las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque poco frecuentes, pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo. También el apoyo social parece ser un factor importante, ya que una falta de apoyo social se relaciona con depresión y vivencia de acontecimientos vitales importantes.

Durante el primer trimestre, los estudios refieren que es frecuente la presencia de náuseas y vómitos, así como fatiga. Con respecto a las náuseas y vómitos, su presencia se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad, y, de forma similar a la emesis, puede repercutir en la calidad de vida de la gestante.

En relación a la emesis gravídica, un estudio realizado mediante el empleo del cuestionario 16 Factores de Personalidad de Cattell evaluó las relaciones entre los distintos factores de personalidad y la historia de vómitos durante el embarazo. Otra alteración también manifestada con frecuencia es la referida a los trastornos de sueño, los cuales también son frecuentes en las mujeres embarazadas. Durante el primer trimestre es frecuente que aparezca un aumento de los despertares nocturnos y una mayor somnolencia durante el día. A partir del segundo trimestre se incrementa la tasa de insomnio en las gestantes, siendo mucho mayor en el tercer trimestre. Estos cambios producidos en el patrón de sueño se relacionan estrechamente con la aparición de fatiga en gestantes.

Se ha visto que las mujeres gestantes tienen mayor nivel de fatiga que las no gestantes y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, y se puede asociar a depresión y ansiedad. Se ha observado, asimismo, que la fatiga elevada durante el embarazo es un predictor de la necesidad de la realización de una cesárea y que en el posparto inmediato es también un predictor para el desarrollo de depresión posparto.

Otro aspecto que ha generado atención ha sido el estudio de las preocupaciones específicas del embarazo. Las más importantes son la posibilidad de problemas de salud del feto, el momento del parto y la posibilidad de aborto espontáneo. Se ha desarrollado la escala de preocupaciones de Cambridge, encontrándose que puntuaciones altas se relacionan con ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo. Varias investigaciones han remarcado el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor.

Los estudios han destacado la importancia del cumplimiento de las expectativas generadas durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio. De acuerdo con Morales (2012) las características personales de las mujeres se ha visto que influyen de manera directa sobre el miedo al parto vaginal siendo la ansiedad uno de los principales factores psicológicos que determinan la solicitud de realización de cesárea por parte de las gestantes.

Se ha observado también que las mujeres con temor al parto tienen una menor tolerancia al dolor. Entre los factores que se han visto que tienen relación con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Peña; Calvo (2012) definen los impactos fundamentales que se sufre al presentar dicho trastorno:

- Impacto de la enfermedad a diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional.
- Impacto en la madre. La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en la posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

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

Madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión posparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la depresión posparto en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno.

En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones extrañas. La depresión posparto persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente.

### 6. 3 El ciclo vital de la familia

El familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia; como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar:

- FASE DE MATRIMONIO
- FASE DE EXPANSION
- FASE DE DISPERSION
- FASE DE INDEPENDENCIA
- FASE DE RETIRO Y MUERTE

Matrimonio. - Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo a la familia. En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja

Expansión. - Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de una adecuada organización o coordinación entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación en el sistema conyugal.

Dispersión. - Se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela y se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, los cuales se encuentran en plena adolescencia. En esta etapa los padres deben de ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos.

Independencia. - Se caracteriza porque los hijos de la familia han formado nuevas familias. En esta etapa los lazos entre padres e hijos debe de fortalecerse ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir; esto sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos.

Retiro y muerte. - Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Se presentan situaciones difíciles de afrontar como la incapacidad de laborar, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, abandono por parte de los hijos.

Y es a través de estas fases que el paciente atraviesa por crisis, representando estas etapas innumerables oportunidades para el Médico Familia, como interventor, en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular estas etapas de crisis, por ejemplo; desde el probable beneplácito por un próximo embarazo, si ese fuese el contexto; hasta el manejo clínico y de apoyo emocional en el desarrollo de la patología de depresión posparto. Es por ello que la depresión posparto debe diferenciarse del post partum blues que ocurre en una importante cantidad de madres en este período. Como, en general, los controles posparto los realizan médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal médico y realizar tamizaje con encuestas.

En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de los pacientes por parte del personal no especialista en el área. La depresión posparto no debe ser considerada únicamente como un abatimiento, disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad diagnóstica claramente identificable que responde a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud. La confusión diagnóstica de dicha entidad patógena puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. Como se sabe, los diversos medicamentos antidepressivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia.

Por lo que, si una madre es mal diagnosticada, será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado. Ésta y otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa. A si es que, la depresión posparto nos conlleva a reflexionar que no solamente se trata de una alteración hormonal y que implica de forma muy importante la alteración en el estilo de vida de una mujer; en todos sus ámbitos (biológico, psicológico y social).

Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen los instrumentos diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico y atención de las pacientes con tal afección; y en caso de ya contar con tales; aplicarlos a la población para su identificación oportuna y tratamiento oportuno.

## 6.4 Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto. Un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo. Varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis. La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreciones en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño.

En un estudio se reportó que los niños que recibían lactancia de madres tratadas con fluoxetina ganaron menos peso. A diferencia de otros antidepresivos, la fluoxetina tiene un metabolito activo (norfluoxetina) con una vida media larga (entre 6 y 16 días) y se han descrito cuadros de cólico del lactante después de la ingestión materna de este fármaco. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la dosis ajustada de la madre (hasta 2,24%) y una media de concentración leche/plasma de 0,96.

Además, es poco probable que se detecte en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos. Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presentan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxepina sí se encuentran

en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido. La elección del tratamiento antidepresivo debe sustentarse en las características de la respuesta previa de la paciente a algún tipo de antidepresivo y en el perfil de efectos adversos. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período; si es un primer episodio depresivo, se deben esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y, si fue favorable y la paciente tiene antecedentes de episodios previos, se debe sostener por seis meses o más tiempo.

La psicoterapia individual (terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal) y la psicoterapia de pareja, son elementos coadyuvantes que han mostrado eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos. En los casos en que la relación madre-hijo se note muy alterada las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres y los masajes al recién nacido, pueden mejorar la interacción, pero no han mostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión. Los datos preliminares sugieren que puede ser beneficioso el tratamiento con estrógenos solos o en combinación con antidepresivos. En mujeres con sintomatología grave y riesgo suicida alto, la terapia electroconvulsiva es la estrategia más indicada.

En cuanto al apoyo social se ha encontrado que las mujeres con poco apoyo social tienen mayor probabilidad de estar deprimidas a las 16 semanas posparto. El apoyo social es crítico para las madres de recién nacidos, tanto para su salud física como mental. La falta de apoyo tiene consecuencias fisiológicas, incluyendo un aumento en la inflamación, el cual aumenta la vulnerabilidad de la mujer a la depresión. El apoyo debe incluir diferentes tipos tales como: educacional, emocional, instrumental o técnico y de afirmación. El apoyo basado en un cuidado comunitario puede incluir visitas al hogar, seguimiento telefónico, consejeras pares y grupos de apoyo según la preferencia de la madre.

## 6.5 Tratamiento psicológico y psiquiátrico

La oportunidad de poder hablar tranquilamente con un interlocutor simpático, comprensivo y no crítico, que puede ser un amigo, un familiar, un profesional o cualquier otra persona, puede significar una gran ayuda para la paciente. Los tratamientos psicológicos más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positivo sobre sí mismo) constituyen también una gran ayuda y pueden ser solicitadas por su médico de cabecera a los profesionales de la Unidad de Salud Mental que le corresponda.

En cuanto al apoyo social se ha encontrado que las mujeres con poco apoyo social tienen mayor probabilidad de estar deprimidas a las 16 semanas posparto. El apoyo

social es crítico para las madres de recién nacidos, tanto para su salud física como mental. La falta de apoyo tiene consecuencias fisiológicas, incluyendo un aumento en la inflamación, el cual aumenta la vulnerabilidad de la mujer a la depresión. El apoyo debe incluir diferentes tipos tales como: educacional, emocional, instrumental o técnico y de afirmación. El apoyo basado en un cuidado comunitario puede incluir visitas al hogar, seguimiento telefónico, consejeras pares y grupos de apoyo según la preferencia de la madre.

Los médicos de cabecera no siempre prescriben tratamiento farmacológico para sus pacientes con trastornos emocionales. Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos.

Estos medicamentos:

- No son tranquilizantes ni estimulantes.
- No son adictivos, no crean dependencia.
- Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto.

No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto.

Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída. Se desconoce si los antidepresivos son una elección segura y efectiva para el tratamiento de este trastorno. Por consiguiente, se realizó esta revisión para evaluar la efectividad de diferentes antidepresivos y comparar su efectividad con otras formas de tratamiento. Se identificó un ensayo controlado aleatorio pequeño que descubrió que la fluoxetina; fue un tratamiento efectivo para la depresión posparto y fue tan efectiva como la orientación conductual-cognitiva. Sin embargo, se necesitan más ensayos para investigar la efectividad de los antidepresivos a largo plazo en comparación con las intervenciones psicosociales, en particular en las mujeres que amamantan. A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de con antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales.

Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios. La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel. No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí. Las mujeres con depresión posparto pueden ser tratadas eficazmente con fluoxetina, que es tan efectiva como un ciclo de orientación conductual-cognitiva a corto plazo. Sin embargo, se necesitan más ensayos con un período de 29 seguimiento más prolongado para comparar diferentes

antidepresivos en el tratamiento de la depresión posparto, y para comparar el tratamiento con antidepresivos con intervenciones psicosociales. Esta es un área que ha estado descuidada a pesar de la gran repercusión en salud pública descrita anteriormente.

## 6. 6 Medidas preventivas

La pregunta aquí, sería ¿Se puede prevenir la depresión posparto? La respuesta es, Si. Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias. Estas recomendaciones están especialmente dedicadas a la detección y tratamiento precoz de la depresión postparto o intentar ser una súper mujer. El tener un hijo es un trabajo que puede exigir dedicación exclusiva, de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese que se alimenta de forma suficiente y con regularidad y ponga los pies en alto durante la hora de la comida)

- No cambiarse de casa mientras se está embarazada, por lo menos hasta que él bebe tenga seis meses.
- Contar con redes de apoyo (amistad) con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.
- Identificar a alguien en quien pueda confiar, es necesario disponer de algún amigo a quien acudir en caso de necesidad de hablar y de ser escuchadas
- Acudir a las clases preparto y comprometer a la pareja.
- Si se ha sufrido previamente una depresión, esto no significa que se vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto. Sin embargo, atrás el parto es necesario que se ponga en contacto con su médico de cabecera para que éste vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión postparto y así comenzar lo antes posible con el tratamiento.

Una vez que el bebé haya nacido:

- Aprovechar cualquier oportunidad para descansar. Aprender a rechazar pequeñas siestas. Su pareja puede llegar a apoyar en alimentar al bebé por la noche, utilizando si usted lo desea incluso su propia leche extraída con anterioridad.
- Alimentarse adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la fruta, los zumos, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados para este momento y que además no necesitan de mucha cocina. Encuentra tiempo para disfrutar con su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine, a ver unos amigos ó tomar una copa.

- Intente intimar con su pareja, incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un abrazo, una caricia, o un mimo pueden ser bastante reconfortarles hasta que regrese el deseo sexual por completo.
- No deberá ser consigo misma ni con su pareja, críticas destructivas. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte. No temer pedir ayuda cuando la necesite. Acudir con un profesional de la salud lo antes posible.

## 6.7 Pronóstico y evolución

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente.

En unos estudios realizados para ver el riesgo de recurrencia de un episodio depresivo previo, tras la recuperación y con seguimiento a largo plazo (3 a 15 años tras la recuperación del episodio previo), muestran un porcentaje de recurrencia del 50% tras un primer episodio, de un 70% tras un segundo episodio y un 85% tras un tercer episodio. Así, la recurrencia se hace más probable con cada episodio de depresión. Lo anterior se encuentra altamente asociado con el grado de discapacidad que puede acarrear la depresión, grado que es significativamente resaltado por la OMS en sus proyecciones hacia el año 2020, incluyendo a la Depresión como una de las condiciones que se estima pueden acarrear problemas de salud, junto con enfermedades tales como las cardíacas, las cerebrovasculares y el VIH.

## 6.8 Escalas de estudio e identificación

### 6.8.1 La escala de Edimburgo

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es la herramienta más efectiva en cuanto a mejorar el diagnóstico temprano de la depresión posparto. Es un instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países

Estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto. La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad”, lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de postparto 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.

## 6.9 Características generales

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 (los últimos 7 días). La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. En varios estudios de validación se 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.

## 6.10 Características de aplicación

Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno, las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Su aplicación dentro de las 2 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz Instrucciones de uso:

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.

- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

### 6.11 Pautas para la evaluación.

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente y de forma multidisciplinaria como ya se ha venido mencionando a lo largo del estudio.

Dentro de la sintomatología que evidencia la escala se encuentra: Disforia, la Ansiedad Sentimiento de culpa, Dificultad para la concentración, Ideación suicida. Es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

### 6.12 El familiograma

El familiograma es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. El familiograma es utilizado desde hace muchos años atrás por varias disciplinas entre las cuales se le conoce también por otros nombres como genograma, árbol familiar, familiograma, en él se registra información sobre los

miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo

El familiograma sirve a los profesionales del equipo de Atención Integral de Salud para evaluar los siguientes aspectos:

- La composición familiar: que miembros los componen, resaltando los que viven en el hogar.
- Las relaciones biológicas y legales
- Las relaciones afectivas
- Los problemas de salud o causas de fallecimiento.
- El tipo de ocupación o datos laborales de importancia.

Para el común de las personas, realizar un genograma puede resultar una interesante actividad para realizar en familia y estrechar aún más los lazos, junto con aprender de la historia y lo que tengan que decir los miembros de más edad. Al hacer un genograma se debe tener presente los objetivos claros: quienes deberían ir (ej.: vínculos sanguíneos con una o dos personas clave) y quiénes no. En los genogramas con 3-4 generaciones llegar a las 100 personas o más. Lo principal de un genograma es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y emocionalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente.

Los símbolos utilizados en el familiograma, son internacionalmente aceptados. Ellos están dispuestos en una cierta configuración representando a las personas que constituyen la familia y líneas que los unen representan las relaciones entre los miembros de la familia, ya sean ellas relaciones de parentesco ó de distancia emocional. Y este se forma mediante la representación gráfica por medio de los siguientes símbolos: Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género. La persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el genograma se identifica con una línea doble. Para una persona muerta, una X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que están presumiblemente muertos. Sólo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas.

**Matrimonios.** Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año. La línea que los une también

es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos. Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo: un hombre que tuvo tres esposas.

Esto no es posible de hacer cuando una de las esposas, ha tenido un matrimonio. Hijos Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer. Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más viejo. El siguiente es un método alternativo para los hijos, usual en familias más numerosas. Otros tipos de hijo también pueden aparecer. Relaciones en la familia Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa

### 6.13 Aplicación del familiograma

En primer lugar, se debe explicar brevemente al paciente o usuario la utilidad del familiograma y la necesidad de conocer sobre su familia para poder comprender mejor su actual problema de salud. El familiograma debe ser llenado por el profesional de la salud, con la colaboración del paciente/usuario y la familia. Se empieza directamente con el paciente o usuario índice y los miembros directamente relacionados a éste: la pareja, los padres, los hijos, etc. según sea el caso, empleando para esto los símbolos y las reglas para el registro de datos previamente explicados

### 6.14 Recolección de datos

Una vez concluido el familiograma es importante precisar quien lo hizo, y cuando. Para ello se debe anotar el nombre del entrevistador y la fecha en la parte inferior Derecha del familiograma. La realización del familiograma es sencilla, y sólo requiere conocer una breve relación de símbolos, tener un espacio en blanco y trabajar con mucha paciencia. Se puede hacer en varias sesiones, y en general se

recomienda no dedicar más de 10 minutos por sesión. Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un Familiograma bien ejecutado son los siguientes:

- De familia (Familia nuclear, monoparental, reconstituida, etc.) y ciclo vital
- Separaciones o divorcios.
- Si el paciente es el hijo mayor o el menor Mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos.
- Si se trata de un Hijo Único: pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales. Si se trata de una persona con todos sus hermanos/as de sexo opuesto: tendrá mucha experiencia con personas del sexo opuesto pero muy poca con los del propio sexo. Si, se trata de hermanos con una diferencia de edad mayor de cinco años: son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las Etapas del desarrollo por separado. La presencia de abuelos/Suegros, tíos, etc. Puede indicar potenciales problemas de invasión de límites.
- Multitud de separaciones y/o divorcios. Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.
- Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse ejemplo: Alcoholismo, Madres solteras, embarazos adolescentes, incesto, síntomas físicos, violencia, suicidio, etc. Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

## 7. PLAN DE CUIDADOS DE ACUERDO AL PROCESO ENFERMERO

### 7.1 Depresión Posparto

Esta etapa consiste en la realización de las intervenciones de enfermería que se han ideado durante la planificación anteriormente descrita del Plan de Cuidados, las intervenciones propuestas para este proceso enfermero deben aplicarse durante el mes que está citada la paciente, durante nuestras sesiones, aunque se puedan seguir aplicando tras el alta y siempre y cuando la madre lo necesite. Valorar a la madre, cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Este es el momento de valorar a la paciente en busca de posibles complicaciones mayores, como una enfermedad de base (patologías anteriores a la depresión postparto). Se deben localizar los riesgos reales y potenciales desde esta primera visita.

También se preguntará a la madre qué espera de estas sesiones, lo que se acercará más a sus necesidades y requerimientos personales. Se potenciará la escucha activa, permitiendo a la paciente expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así, se entenderá mejor su situación individual y se irán enfocando los cuidados hacia donde diagnostiquemos necesidades más prioritarias. Se valorará el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza. Se hará hincapié en la ayuda que necesite para mejorar su estado de salud: daremos esperanza a través del ambiente y roles en el hogar, estado familiar, preguntar antecedentes de interés o episodios previos de depresión (en ella o en la familia), valorar necesidades de la propia familia, así como nivel de colaboración, posibilidades y posición que toman ante la madre y su recién nacido. Es importante valorar al bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signo de abandono. En principio, la familia se habrá podido hacer cargo del recién nacido y estarán prestando los cuidados de manera adecuada, supliendo a su madre. En caso contrario, se canalizará automáticamente a un especialista para que lo examine a fondo y estudiaremos si necesita asistencia de los servicios sociales. Se dará

también esperanza reforzando esta situación en soportes sociales que se le mostrarán a la madre y familiares.

Llevando a cabo una básica educación para la salud en esta primera sesión, centrándose en el apoyo que debe recibir de su entorno más próximo: núcleo familiar. Más adelante, se recurrirá a terapias comunitarias más amplias. La sesión finalizará dando un espacio a la paciente para dudas y percepción de la primera sesión, a modo de una pequeña evaluación verbal, no formal.

## 7.2 Evaluar actividades del día anterior

Evaluar posibles mejoras de los patrones alterados, reacciones de la paciente y de la familia, nivel de entendimiento, compromiso del resto de la paciente y familia. Valorar el estado del soporte social que recibe nuestra paciente. Realizar todas las medidas básicas del día anterior, ya descritas, como cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Se volverán a revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones. Igualmente, se dejará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se identificará entonces su nivel de ansiedad y afrontamiento. Se mantendrá un clima de confianza, apoyo y escucha, valorar cómo afronta la familia esta situación. Ofrecer resolver sus dudas y servirles de ayuda. Guiarles y enseñarles los cuidados necesarios para la madre. Mostrar otros soportes detallados como dónde encontrar ayuda si están interesados.

Tratar con la familia el tema de la situación en casa, y fomentar oportunidades de convivencia para expresar sus sentimientos con un clima agradable, abierto y de apoyo". En esta sesión se empezarán a trabajar otros centrados en el estado físico de la madre, como conducta de fomento de salud, manejo de energía, fomento del ejercicio, conservación de energía, y enseñanza de la dieta prescrita (si la necesitase). Creando estilos de vida más saludables y a encontrar más fácilmente la positividad a través del ejercicio y la actividad física. Se propondrán rutinas básicas, aumentando así también la responsabilidad y compromiso de la paciente.

Se profundizará también en el afrontamiento inefectivo de la madre a través de cómo aumentar el afrontamiento y disminuir su ansiedad. Para ello, se permitirá a la paciente expresarse en diferentes temas guiados sobre ella misma y su situación: puntos fuertes y débiles, nuevos desafíos, posibilidades, puntos de apoyo y virtudes se establecerán objetivos realistas para la madre. Realizando todas las medidas básicas ya descritas el primer día de visita. Se volverán a vigilar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones. Se dará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes.

Se evaluará de nuevo su nivel de ansiedad y afrontamiento. Mantendremos un clima de confianza, apoyo y escucha activa. “Esta tercera sesión es la más importante: después de haber dedicado la primera a conocer el caso particular de la madre, y la segunda sesión a potenciar unos estilos de vida saludables tanto físicos (ejercicio, dieta, etc.) como psicológicos (afrontamiento de problemas, fomentar la autorresponsabilidad, etc.), y contando ya con la familia como elemento básico de apoyo, llegamos a la tercera reunión dispuestos a ahondar en el problema de la depresión postparto. Se trabajarán como objetivos los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de los padres, especialmente de la madre. Como en cada sesión, se brindará la oportunidad de compartir con la madre las dudas que le puedan haber surgido en esta sesión o a lo largo de la semana.

Escucharemos el nivel de satisfacción de la sesión y se hará hincapié en la importancia de los conocimientos adquiridos ese día. Se debe seguir motivando cada semana para aumentar su compromiso, interés y agrado en esta evaluación global del Proceso de Atención de Enfermería. Para ello, se dejará a la paciente total libertad para que exprese su nivel de satisfacción con el contenido, la ponente, entorno, períodos de tiempo, etc. Si se observa poca fluidez de la evaluación, se podrá hacerlo más guiado o incluso tipo formulario.

- Se insistirá a que manifieste aspectos a mejorar del trabajo que hayan realizado los profesionales que han llevado las sesiones, para poder evitar errores y potenciar mejoras con otras pacientes.
- Se valorarán los cuidados prestados, y su progreso desde la primera sesión.

- Se utilizarán los indicadores para saber el nivel de cumplimiento de los objetivos seleccionados”.

En esta cuarta y última sesión se tendrá que valorar si dar el alta a la madre o derivar a un especialista que le siga ayudando a solventar las necesidades que denote. Esto dependerá de multitud de factores, como los propios intereses de la paciente, sus necesidades más primordiales, su capacidad de respuesta a los cuidados. Tras esta planificación de las necesidades hasta llegar a las actividades para solucionarlas, para la preparación de las actividades de este proceso enfermero sólo queda establecer el material y recursos que dispondremos. En este caso, este proceso enfermero se llevará a cabo en un Centro de Atención Primaria, en la consulta de enfermería, sirviéndonos de nosotros mismos (personal de enfermería) como recursos humanos, de los propios recursos del Centro de Salud (como material de oficina, inmobiliario, etc.), y de la paciente, además de su bebé y su familia en determinados momentos.

Estas actividades escogidas a través de las intervenciones seleccionadas, se logran con la observación, comprensión y empatía, desde un ambiente cálido, cercano y de confianza. Debe ser imprescindible tenerlo en todo momento en cuenta, se propondrá este tipo de formación a distintos profesionales si fuera preciso. La captación se llevará a cabo aprovechando las visitas de las futuras madres a los cursos de preparación al parto, o en las consultas de obstetricia.

Se pretende conseguir un diagnóstico precoz de madres con alto riesgo de depresión postparto, y prestar los mejores cuidados a mujeres afectadas ya por esta patología psiquiátrica. Además, con esta propaganda de las sesiones se hará publicidad de la depresión postparto y educación sanitaria a la población general.

Los resultados deben evaluarse diariamente, sesión tras sesión. Es importante conocer las expectativas de la paciente y familia, para adaptarse y observar si la sesión se ha ajustado a sus necesidades personales. Además, así se pueden rectificar errores (conductas y actividades, que, por las características o situación de la madre, no se han de llevar a cabo de la manera planeada. Por lo tanto, escucharemos atentamente a la paciente, antes y después de cada sesión. La

evaluación general será la última y cuarta sesión, donde se permitirá una conversación abierta o guiada, según la paciente. Será necesario en este último caso, un cuestionario preparado con antelación según las características de los cuidados prestados.

### 7.3 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 postparto y sepan distinguir los signos principales de esta patología.

- Las sesiones serán el momento de poner en práctica los cuidados, aunque mucho de ellos deberá trabajarlos la madre tras la cita: en casa, con su hijo y con su familia.
- Se observará en la paciente el estado general, el autocuidado e higiene, y toma de constantes. Se buscará cualquier alteración que pueda complicar el proceso de enfermedad de la puérpera.
- En el caso de la depresión postparto, al ser un proceso psicológico, se prestará toda la atención durante la entrevista y realización de los cuidados, temas de conversación, tono, lenguaje, postura, mirada, gestos, estado anímico, preocupaciones, miedos. Será lo que guie para llevar a cabo unos cuidados personalizados y adaptados a sus necesidades, valorando la gravedad de su depresión.
- Se debe mantener un ambiente óptimo para que la paciente se abra, confíe en el profesional que la trata, y colabore en su propia recuperación. La escucha activa, apoyo emocional, empatía y positividad son valores que no deben faltar nunca en la consulta.

Como ya se ha explicado con detalle de cada una de las actividades, se comienza, en la sesión primera, conociendo y escuchando la presentación del caso particular de la madre y familia, para así adaptar las siguientes reuniones en función de estos

resultados. La segunda sesión se seguirá con objetivos que tengan que ver con potenciar unos estilos de vida saludables, con la familia como apoyo.

Se trabajará en la tercera reunión trabajando los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de la madre. Se deben proporcionar oportunidades de convivencia para asumir estos nuevos papeles, mantener relaciones positivas y proporcionar la información que necesiten sobre su hijo, con el fin de dominar la situación. Éste es el objetivo de todo el curso. En la cuarta sesión se fijarán conceptos y evaluaremos los cuidados de manera general, dando el alta o derivando a un especialista.

#### 7.4 Registro de los cuidados realizados

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 sí mismo poder identificar con mayor exactitud el grado de mejoría en estas pacientes que cursan estos episodios.

- Al terminar cada sesión, se dejará por escrito la evaluación verbal no formal que la paciente haya expuesto, y la propia valoración del profesional de la jornada: grado de éxito subjetivo de la sesión, comprensión de la paciente, reciprocidad en las conversaciones, gravedad de la depresión postparto a priori tiempos, reacciones de la madre, anotaciones subjetivas, sospechas, descubrimientos.
- Al terminar el curso con la cuarta sesión, se anotarán los resultados obtenidos por la propia paciente, y los que haya evaluado el ponente. Se anotará el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos gracias a los indicadores seleccionados.
- Se deben registrar en su historia clínica la realización de este curso, los resultados, y el estado de la paciente al alta definitiva (o derivación a especialista).

- Debido a estas anotaciones tendremos un registro de nuestra actividad durante el curso en la que pueden apoyarse los enfermeros y todo tipo de profesionales de otros Centros de Salud, y medir el propio ponente la evolución de la madre e hijo en un futuro ya que conocemos su situación y necesidades.

Esto servirá para poder rectificar o modificar los cuidados si no dan el resultado esperado, o implementarlos en futuros procesos enfermeros si obtienen éxito. 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 postparto se evaluarán las actividades cotidianamente, revisando el parte de enfermería de la sesión anterior y la historia clínica antes de comenzar con la siguiente intervención. Además, se preguntará a la paciente y familia cómo evaluarían cada sesión una vez finalizada, lo que evitará que se pierda información ya que está reciente todo lo acontecido: lo destacable por positivo y lo que necesitamos mejorar.

Para ello se llevara a cabo una serie de actividades que conlleven a fomentar el auto estima de la paciente y detectar el punto exacto por el cual se está desencadenando esta patología, al igual se ayudara a la paciente a fomentar más

sus emociones en ciertos puntos de la autoestima que se encuentren 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 vida.

## 7.5 Actividades para sobre llevar la depresión postparto

Se implementarán actividades donde tanto el personal de enfermería como familiares se ven involucrados de manera que puedan ayudar a sobre llevar dicha patología para la cual se plantean 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 al paciente a identificar sus virtudes.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta. Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad. Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no puede 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.

Es por ello que la depresión postparto, es una alteración psicológica de la que se derivan múltiples afectados en este caso. La madre en primer lugar siente tristeza, agobio, inutilidad. El recién nacido tiene que aprender en los primeros días de su vida no va a tener a su madre preparada para acogerlo y cuidarlo. La familia, por otra parte, también se sentirá al principio despistada, luego atónita por las reacciones de la madre, y al final impotente: es un problema que les sobrepasa. Los primeros meses de vida son primordiales para establecer un vínculo afectivo entre la madre y su hijo que les unirá para siempre.

Este vínculo se ve gravemente dañado en la época en la que dura la depresión. El recién nacido se puede ver falto de atenciones y cuidados, pero sobretodo, falto del afecto y cariño incondicional de una madre en esos primeros días y meses de vida en el que se desarrollan multitud de aptitudes cognitivas y sociales en el que el

estimular o no al bebé es decisivo de alcanzar su capacidad intelectual y motora óptima. Otro punto que recalcar de los factores que rodean a la depresión postparto, son los prejuicios sociales. La depresión en general es una patología que cuesta mucho diagnosticar por la vergüenza que da admitir que se está enfermo y que se necesita ayuda. La población está mucho más concienciada de sentir empatía o compasión por patologías físicas, pero si no ven un tumor, una escara o fiebre, cuesta acercarnos a esa persona sin prejuicios. Más aun en las madres con depresión postparto, los prejuicios aumentan.

Es sabido por todos que dar a luz o tener un hijo que es el momento más feliz de la vida de una persona, especialmente de la madre. ¿Cómo puede ser que una mujer sienta tristeza y rechazo? Si bien es cierto que la depresión postparto es una seria complicación del puerperio que puede provocar miedo o indecisión a la hora de plantearse tener un hijo, especialmente en mujeres que ya lo conocen y se describen como sensibles o vulnerables a ello, no debe implicar el no hacerle frente sino pedir ayuda de profesionales. “No estás sola y, sobretodo, no es tu culpa. ¡Existen soluciones!”. De hecho, la educación sanitaria y el apoyo incondicional de la enfermera hacia la madre son de gran ayuda para que cuide al bebé con el mismo amor que fue concebido.

Lo que nos lleva a considerar que en ningún caso el miedo a sufrir depresión postparto debe ni puede ser motivo de interrupción voluntaria de un embarazo puesto que tener un hijo siempre merece la pena. Además del tratamiento farmacológico, existen terapias e intervenciones no farmacológicas para poder manejar la depresión postparto. Desde Enfermería tenemos un papel muy importante desde el momento posterior del parto, en la unidad de maternidad; hasta un tiempo después, desde atención primaria. Por lo tanto, es importante que hay una correcta formación hacia Enfermería sobre qué es la depresión postparto, y todo lo que ella acontece (síntomas, riesgos, etc.), así como sobre las intervenciones que pueden llevarse a cabo.

Por otro lado, es primordial que exista una buena relación enfermera- paciente, donde predomine la confianza y cordialidad, para conseguir que la paciente exprese

sus sentimientos, miedos, emociones, etc.; intentando que reconozca las causas que desencadenan los sentimientos y pensamientos negativos. Así, es importante preguntarle sobre posibles ideas suicidas que pueda tener. Además, es fundamental ponernos a disposición continua para cualquier ayuda que necesite.

Para llevar a cabo una buena actuación enfermera es importante realizar valoraciones desde el inicio, teniendo no solo en cuenta su historial clínico y las necesidades que poseen y que son necesarias tratar, y para ver lo cambios en la evolución de la enfermedad. Además, es necesario valorar positivamente todos los logros que haya conseguido y sus esfuerzos. Es importante educar en salud, promoviendo tanto los autocuidados como los cuidados correctos para el bebé, para así potenciar la autoestima y la seguridad de la paciente, dándole cierta independencia.

No obstante, es primordial hacerle ver la importancia de pedir ayuda a su pareja, 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, y que los cambios que deba llevar a cabo para adaptar su nueva vida es necesario que se hagan de forma progresiva.

Por lo anterior, es necesario instaurar un buen sistema de apoyo social, por parte de las personas cercanas, las cuales, también deben participar de ese proceso de educación para la salud, dándoles a conocer información sobre la depresión para que puedan detectar posibles empeoramientos o mejoras, y sobre los cuidados que se le deben hacer al recién nacido y a la madre. Además, se ha comprobado que los grupos de ayuda, suponen una mejora notable en el estado de la enfermedad, por lo que es conveniente fomentar su participación en ellos. Respecto a la nutrición, debemos hacerle ver 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. Así, debemos enseñarla a programar y priorizar actividades para acomodar los niveles de energía, de forma que es importante que dentro de su vida

coordine los cuidados al bebé con actividades de ocio y descanso, pudiendo aprovechar las horas de sueño del bebé para dormir.

## 7.6 Fomentar terapias de relajación.

- Las enfermeras deben poner en marcha las estrategias de prevención en el posparto.
- Las enfermeras deben alentar a las madres después del parto, por sí mismas.
- Las enfermeras deberán proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de las madres puérperas que experimentan síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el posparto, según corresponda, a las madres que experimentan síntomas depresivos.

Como se puede observar la enfermera debe tener una actitud positiva ante estas situaciones para proporcionar un apoyo psicológico y emocional en el cual podamos ayudar a las pacientes en un estado emocional adecuado. El estudio de la depresión posparto presenta muchas complejidades metodológicas especiales que deben tenerse en cuenta para el progreso del conocimiento científico. En primer lugar, hay dificultades a la hora de definir qué grupo objetivo debe estudiarse.

El diagnóstico es mucho menos concreto que en otras áreas donde puede haber una valoración inicial confirmada por medidas objetivas, tales como pruebas de laboratorio. En segundo lugar, muchas de las intervenciones evaluadas son difíciles de definir claramente, ya que las estrategias psicológicas y psicosociales a menudo implican hablar y modificar el entorno. Reproducir con exactitud ese tipo de tratamiento es complicado. En tercer lugar, las intervenciones empleadas suelen incluir intervenciones.

Además de recibir una intervención psicosocial, muchas de las participantes del estudio también recibieron tratamiento con medicamentos antidepresivos. Como

consecuencia, es difícil discernir qué opción del tratamiento fue eficaz si se descubre un efecto beneficioso. En cuarto lugar, hay dificultades para establecer la relación coste-beneficio relativa del tratamiento, debido a la naturaleza de los ciclos de recaída y remisión de la depresión posparto. Por último, el contexto de la investigación de la depresión posparto resulta crucial y el entorno social, cultural e institucional en que se llevan a cabo los cuidados para la depresión posparto es muy variable.

Por ejemplo, la misma intervención puede tener diferentes efectos dependiendo del contexto y de las variaciones en el grupo control. La investigación de la depresión posparto se ha reducido mayormente a los países desarrollados, principalmente de Europa Occidental y América del Norte. Es importante señalar que, aunque se han llevado a cabo investigaciones limitadas para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión posparto en los países menos desarrollados, no existe una investigación que aborde las poblaciones multiculturales e inmigrantes. Esto supone una limitación grave, teniendo en cuenta que el parto y el puerperio se conceptualizan y experimentan de manera diferente en diversas culturas.

## 7.7 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 postparto, 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, 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, todo esto le puede causar más conflictos y agravar la depresión, la embarazada tiene tendencia al llanto, disminuye la libido lo que va ocasionar conflictos con la pareja, cefalea e origen tensional, falta de concentración, distraídas. Toda embarazada tiene dos grandes temores: ¿cómo vendrá su hijo? Y como le va ir en su parto. Lo cual causa ansiedad, angustia, alteraciones en el sueño, más cuando reciben una mala información por parte de los familiares, la mujer embarazada ve su cuerpo deformarse por el avance del embarazo entonces se siente en desventaja con respecto a otras mujeres de ahí se vuelve más celosa.

El papel que la enfermera debe desempeñar, debe ser brindarle apoyo emocional a la embarazada, una buena información médica, darle seguridad explicándole con un lenguaje razonable o comprensivo para ella, de acuerdo a su nivel cultural. Rara vez la embarazada requiere antidepresivos y si se detectan cambios psicológicos peligrosos o severos se canaliza a psico-terapia, se evalúa la posibilidad de administrar medicamentos antidepresivos, eligiendo, los que tengan menos efectos adversos al feto. La embarazada que presenta depresión hay que tenerla en observación ya que podrá desarrollar una depresión postparto o psicosis postparto. En cuanto a las consecuencias de la depresión postparto. Mostraron que las jóvenes adolescentes con depresión posparto, tenían un riesgo relativo de 1, en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto.

Según algunos autores, respecto a la relación madre-hijo, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos(as) al momento de alimentarlo, concluyeron que hijos(as) de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad. Es por ello que 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.

Así mismo, el tratamiento debe estructurarse en planes de tratamiento individuales, donde la duración e intensidad de las intervenciones están determinadas por la severidad de los síntomas y la respuesta terapéutica, haciendo énfasis que 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 psicoeducación 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 mencionados anteriormente. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos y que el riesgo de desarrollarlos puede aumentar en ciertos momentos de su vida.

El postparto representa un período de mayor susceptibilidad en vista de las fluctuaciones del eje hormonal, las demandas propias del cuidado del recién nacido y la interacción de variables psicosociales. Aunque es claro el desafío fisiológico enfrentado en el postparto, el peso de las variables biológicas como causa de la depresión postparto no ha podido demostrarse de forma consistente, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos perinatales como la psicosis postparto. Una eventual explicación de esta pérdida de asociación es la gran confluencia de otras variables, como las psicosociales, pero además se han reportado limitaciones en la correlación entre los niveles hormonales centrales y periféricos.

### 7.8. Intervención de enfermería a la madre y el recién nacido una vez egresan del hospital

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.

- El profesional de enfermería realiza control posparto a la mujer puérpera y al recién nacido en la primera semana posparto.

- El profesional de enfermería aplicará el cuestionario de “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” (alimentación, higiene, medicamentos y control posparto).

## 7.9 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.

## 7.10 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:

- Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
- Seguimiento domiciliario en el puerperio.
- Informar a la madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
- Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.

- 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:

- Brindar apoyo emocional.
- Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
- Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.
- Enseñar técnicas de relajación.

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. Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.

## 8. INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO

### 8.1 Depresión posparto generalidades

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.” Aparecen cambios emocionales como, por ejemplo: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.

En los casos de episodios depresivos más graves en el puerperio, se deteriora seriamente la actividad social o laboral, se presentan dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, puede aparecer maltrato o descuido al neonato. En algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor. Los riesgos de depresión postnatal se relacionan principalmente con las variables socio-económicas y familiares.

Para el diagnóstico de la depresión posparto es fundamental llevar una historia clínica detallada. Las ideaciones de la madre respecto al suicidio o al infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; ello está indicado también para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias psicoactivas y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante. Ya que, por lo general los controles posparto los hacen médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal y realizar tamizaje con encuestas. En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de las pacientes por parte del personal no especialista en el área.

Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para medir la depresión posparto la escala de Edimburgo, herramienta sustentada en un cuestionario fácil de diligenciar, de diez puntos, que se organiza en rangos de puntaje de 0 a 30, y en

el que los mayores a diez señalan alto riesgo de depresión posparto. De hecho, las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo. En consecuencia, la provisión de apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada por parte de profesionales de enfermería capacitados para la identificación de síntomas y el tipo de tratamiento de estas patologías pueden prevenir episodios más graves y largos, y disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.

El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto, brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio.

- El profesional de enfermería debe facilitar la participación del compañero o de miembros de la familia a las madres con depresión posparto.
- El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en la casa y fomentar el apoyo social.
- El profesional de enfermería aconseja, prescribe y suministra el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres, del Ministerio de la Protección Social.
- El profesional de enfermería debe hacer seguimiento temprano para identificar la expulsión espontánea del DIU.
- El profesional de enfermería aclara a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Por tanto, debe enfatizar siempre en la doble protección. Nos habla acerca del periodo posparto que se considera una etapa de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones han demostrado que una mujer es significativamente más propensa a ingresar en un hospital psiquiátrico en las primeras 4 semanas después del parto que en cualquier otro momento de su vida.

La psicosis posparto es un episodio de depresión muy grave, caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. Este trastorno es la forma más grave y poco habitual de los trastornos afectivos en el posparto, con tasas de 1 a 2 episodios por cada 1000 partos.

Los síntomas son generalmente el estado de ánimo deprimido o eufórico, que puede fluctuar rápidamente, un comportamiento desorganizado, labilidad emocional, delirios y alucinaciones, es por ello la importancia de que la enfermera intervenga en este tipo de situaciones que cada día se presentan más frecuentemente en la sociedad tanto en madres primigestas como en madres ya con experiencia de haber procreado un hijo, proporcionando información verídica y con amplio entendimiento claro y específico que le sirva a la madre de apoyo para poder afrontar este episodio de depresión postparto.

## 8.2. Estrategias de implantación para las intervenciones de enfermería

Las enfermeras deben promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el posparto. La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación que sirvan de ayuda a las instituciones de atención sanitaria o a las disciplinas de la salud que están interesadas en la implantación de esta Guía. A continuación, se recoge un resumen de estas estrategias: Tener al menos una persona dedicada, como una enfermera o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.

Establecer un comité directivo integrado por los principales colaboradores y miembros comprometidos con liderar la iniciativa. Establecer un plan de trabajo para realizar un seguimiento de actividades, responsabilidades y plazos. Ofrecer sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones

formativas pueden consistir en presentaciones, guías para el facilitador, folletos y estudios de casos. También se pueden poner carpetas, carteles y tarjetas a disposición de los asistentes como recordatorio permanente de la formación recibida. Las sesiones formativas deben ser interactivas, incorporar ejercicios de resolución de problemas, tratar temas de importancia inmediata y ofrecer oportunidades para practicar nuevas habilidades

Proporcionar apoyo dentro de la institución estableciendo las estructuras necesarias para facilitar la implantación. Por ejemplo, contratar personal de reemplazo para que los participantes no se encuentren distraídos por preocupaciones sobre el trabajo y promover una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de sus directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación. Identificar y respaldar a los defensores de las buenas prácticas designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación.

Celebrar los hitos y logros y reconocer el trabajo bien hecho. Las instituciones que implanten esta Guía deben adoptar una serie de estrategias de autoaprendizaje, formación en grupo y refuerzo para desarrollar progresivamente los conocimientos y la confianza de las enfermeras a la hora de aplicar las recomendaciones. El trabajo en equipo, la valoración colaborativa y la planificación de los cuidados (a través de un enfoque interdisciplinario y en colaboración con el paciente y la familia) son elementos beneficiosos para una implantación adecuada de las Guías.

El Programa Avanzado de Becas de Práctica Clínica de la RNAO (Advanced/Clinical Practice Fellowship, en lo sucesivo ACPF por sus siglas en inglés) es otro recurso que permite a las enfermeras universitarias solicitar becas y trabajar con mentores de gran experiencia en el campo de la depresión posparto. Gracias al ACPF, la enfermera becaria también tendrá la oportunidad de mejorar sus técnicas en el asesoramiento y las intervenciones con madres que experimentan depresión posparto.

### 8.3. Intervenciones de enfermería para la prevención de la depresión posparto.

Según Bernal (2012), no se sabe con seguridad cuáles son los desencadenantes de la aparición de los trastornos de ánimo durante el posparto, pero si se conoce que existen factores de riesgo facilitadores de su desarrollo, como: las fluctuaciones hormonales, los antecedentes depresivos, la anemia, el estrés, la fatiga, la falta de soporte, las prácticas del parto negativas (traumas perianales, dolor, parto instrumentado, cesárea, no contacto piel con piel y una percepción negativa de la madre).

Ammon (2011) especifican que las distintas maneras de prevenir la DPP son: apoyo social durante el embarazo y el posparto, dormir bien, caminar y, en situaciones de riesgo, hacer psicoterapia o tomar medicación. Dennis et al. (2013) comparan las intervenciones realizadas después del parto por profesionales y por no profesionales (apoyo social) y demuestran que ambas reducen el riesgo a desarrollar DPP. También las intervenciones psicológicas y psicosociales reducen ese riesgo. Afirman que las visitas a domicilio por parte de enfermeras, la asistencia telefónica no especializada y la psicoterapia interpersonal son intervenciones eficaces.

La viña y Martínez afirman que realizar durante el parto unas buenas prácticas basadas en la reducción del dolor, el apoyo continuo por parte de la matrona, el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel con piel de la madre/bebé son factores imprescindibles para prevenir la DPP.

### 8.4 Rol de la matrona/enfermera en la atención de la depresión posparto

Según Bernal, Dennis, Alderdice , Alexandre y Fernández , los profesionales más adecuados para detectar este trastorno de estado de ánimo son enfermeras y matronas, ya que son quienes siguen el embarazo día a día y conocen a la mujer.

De acuerdo con Suárez-Valera, la enfermera tiene un papel esencial para prestar atención a las mujeres con problemas psicológicos y de salud mental. Pero Alderdice identifican poco nivel de evidencia en relación a las intervenciones no invasivas aplicadas por matronas en cuanto a la mejora del bienestar mental de la madre durante el embarazo y no identifican ninguna intervención prenatal que sea definitivamente recomendada en la práctica clínica, aunque se identifican intervenciones prometedoras.

Por ello, afirman que se necesitan nuevos estudios para dotar de mayor evidencia y que informen de un nuevo enfoque estratégico sobre la promoción de la salud mental materna. Moshki demuestran que, en las visitas domiciliarias dirigidas por enfermeras o matronas, su simple presencia, la escucha empática y su buena atención producen un efecto positivo en las madres con DPP. Fernández especifica que las mujeres consideran altamente positivo el apoyo dado por profesionales sanitarios. Afirma que el apoyo por parte de otras mujeres que tuvieron una DPP anteriormente no es útil como tratamiento de la madre diagnosticada con DPP, pero sí que se ha demostrado que este tipo de apoyo es útil de forma preventiva. Además, afirma que el asesoramiento realizado por «doulas», (asistente sin titulación oficial que proporciona información, acompañamiento físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto), sí que es bien recibido y reduce la sintomatología depresiva.

De acuerdo con Alexandre, la mayoría de enfermeras de atención primaria no tienen un conocimiento extenso de la DPP ni de sus síntomas, pero son capaces de identificar muchos factores relacionados con la enfermedad; según este autor, estos profesionales han recibido una formación académica que prioriza las patologías, las técnicas asépticas y la conducta protocolizada. Este estudio demuestra que, después de una intervención dirigida a los profesionales sanitarios enfermeros promoviendo el conocimiento y la detección de la DPP, estos profesionales adquieren competencias para detectarla y tratarla. Además, Brugha confirman que recibir atención de una enfermera comunitaria entrenada en métodos de detección

de síntomas depresivos y del desarrollo de una intervención psicológica tiene un afecto positivo en la prevención de la DPP.

Las actividades de enfermería que se realizan en este tipo de pacientes son: Realizar diariamente un examen físico céfalo-caudal o por patrones funcionales de salud, que me permitan conocer el estado en el que se encuentra la paciente, así como dichas alteraciones que presente en ese momento, para poder elaborar actividades que vayan encaminadas a la prevención de la psicosis o rehabilitación de la salud de la mujer en estado puerperal.

- Indicar a la madre que debe acoplarse a un nuevo proceso de adaptación en ella misma, realizando cambios que puedan producirse de forma fructífera.
- Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.
- Cumplir adecuadamente con el tratamiento farmacológico prescrito por el médico tratante, administrando los medicamentos con dosis y hora correcta y preguntarle a la paciente o la familia si está dando de lactar y consultar con el médico tratante si puede continuar amamantando al bebe o tiene que suspender la lactancia materna y sustituirla con leche de formula.
- Llevar a la paciente a las terapias psicológicas cada vez que el medico lo indique, si la madre no es capaz de realizar las actividades de autocuidado sola como: alimentarse, bañarse o vestirse, se ayudará a la paciente o se indicará a la familia que es necesario que le apoyen con el cuidado tanto para ella como para el bebé.
- La familia o la pareja debe hacerse responsable del cuidado del bebé, porque por las condiciones en que se encuentra la paciente no va a ser posible que ella pueda brindar un cuidado optimo, porque muchas veces por la crisis que están atravesando las madres, presentan pensamientos suicidas y pueden provocarse un daño a sí mismas como al recién nacido.

- Enseñar y realizar técnicas de relajación, incluir musicoterapia, y aromaterapia para promover la relajación de la mente, si la paciente continua con la pérdida del conocimiento, es importante recordarle las vivencias

pasadas, con el objetivo de hacer trabajar un poco más la memoria y así el nivel de conciencia se valla restableciendo poco a poco.

Una vez que la madre haya recuperado el nivel de conciencia optimo y se encuentre en mejores condiciones se empezara el apego madre-hijo, para lograr que ellos vuelvan a estar juntos en un ambiente saludable y seguro y puedan compartir momentos que incluso ayuden a la recuperación de la madre.

## 8.5 Intervención enfermera ante el abandono de lactancia materna.

A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre el inicio y mantenimiento lactancia materna (LM) y a las evidencias científicas que ponen de manifiesto los beneficios de la leche materna tanto para el bebé como para la madre, el abandono precoz y/o fracaso que se produce en torno a este tema es motivo de preocupación entre los profesionales de salud, siendo responsabilidad directa del personal de enfermería conocer e intervenir en aquellos factores que se produzcan en el parto o puerperio y que permitan reducir las altas tasas de abandono de la lactancia materna.

El abandono de LM es un tema actual provocado por algunas causas que llevan a la madre a un destete precoz y a la alimentación artificial de sus recién nacidos se producen durante las primeras horas posparto. Existe controversia en relación con el papel de la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna. Estudios de cohorte han mostrado que las pacientes sin depresión a los seis meses del parto presentan una tasa de lactancia mayor. En este mismo sentido, se ha señalado que los niveles bajos de lactancia materna exclusiva predisponen a presentar depresión posparto.

Se realizó un estudio transversal analítico aceptado por el comité de ética correspondiente, durante los meses de enero y febrero del año 2018, participaron pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar (umf ) no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Pachuca, Hidalgo, México. Se calculó tamaño de muestra mediante la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas, con ajuste de pérdidas con un valor  $n = 85 \pm 10\%$ . Participaron 93 mujeres en edad fértil que tuvieron resolución de su embarazo vía abdominal o vaginal en un periodo no mayor a un año y que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado. Se excluyó a mujeres con discapacidad intelectual, que contaran con diagnóstico de depresión o con cualquier trastorno psiquiátrico previo al embarazo, y mujeres con enfermedades concomitantes o que estuvieran consumiendo medicamentos que contraindicaran la lactancia materna.

Se aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo para evaluar la presencia de DPP, la cual ha sido adaptada y validada para la población mexicana y latinoamericana.<sup>7,20,21</sup> Consta de diez ítems, con cuatro posibles respuestas según el grado de severidad de los síntomas que van del cero al tres, reportando un puntaje máximo de 30, la sospecha de depresión posparto se establece a partir de diez puntos. Paralelo a la aplicación del instrumento referido, se llenó una cédula de recolección de datos para identificar la existencia de abandono de lactancia materna, el tipo de lactancia que presentaban, si habían escuchado antes sobre la depresión posparto y los datos sociodemográficos.

Se realizó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y porcentajes; para establecer la asociación entre depresión posparto y abandono de lactancia materna se utilizó estadística inferencial y se calculó la razón de prevalencia (rp) con sus respectivos intervalos de confianza a 95% (ic 95%). Para corroborar que los datos no se establecían al azar se aplicó  $\chi^2$  o prueba F exacta de Fisher, se tomaron como significativos los valores de p menores a 0.05 y se utilizó el programa estadístico.

De las 93 pacientes, 73.1% se encontró en el grupo de 20 a 34 años de edad (n=68). Cerca de la tercera parte de las participantes, 30.1%, presentó dpp (n=28); 78.5% refirió haber escuchado o leído sobre el tema (n=73) y se determinó que 25.8% de

todas las mujeres había abandonado la lactancia (n=24). Presentó lactancia materna exclusiva 19.4% de las participantes (n=18), 17.2% practicaba lactancia predominante (n=16) leche materna como fuente predominante de la alimentación; y 37.6%, complementaria incluye leche de origen no humano o preparación para lactantes (n=35). De las 28 pacientes con depresión, 42.9% abandonó la lactancia (n=12); la cantidad de mujeres con DPP que daba lactancia exclusiva fue de un 7.1% (n=2). Al evaluar la edad de las madres durante el destete en las mujeres conDPP, se encontró que 75% lo hizo en los primeros tres meses de vida de sus hijos (n=9), las restantes lo hicieron entre los siete y nueve meses. El análisis bivariado mostró una rp de 3.31 lo que significa que en las mujeres la depresión posparto aumenta 3.3 veces el riesgo de abandonar la lactancia.

La Asociación Mexicana de Psicología señala que la depresión posparto “es un trastorno del estado de ánimo con inicio en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en:

Depresión posparto leve o “baby blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta del 2º al 4º día del parto, y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días o dos semanas.

La depresión mayor posparto: se inicia entre la 2ª a 8ª semanas tras el parto, y en ocasiones incluso seis meses más tarde con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia ella misma.

Psicosis posparto: Enfermedad aguda y grave se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.

Melancolía maternal, también llamada tristeza posparto. Es el grado más leve de los trastornos del estado de ánimo. Son episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto y desaliento; fatiga, ansiedad, confusión, insomnio; cuya aparición se sitúa entre el 3º y 7º día posparto. La afectividad se expresa como un sentimiento de tristeza, desesperanza y desánimo, aunque no todas las pacientes son capaces de

reconocerlo. La tristeza habitualmente coexiste con ansiedad e irritabilidad, y con sensación de astenia e irritabilidad. Otros síntomas frecuentes son: insomnio, pérdida de apetito, anhedonia, desbordamiento.

La paciente depresiva refiere pérdida de interés o placer en sus aficiones o actividades cotidianas, una anhedonia que a veces es percibida mejor por los familiares que por la paciente. El pensamiento tiene un matiz negativo y pesimista, con sensaciones obsesivas en torno a diversos aspectos. Otro aspecto a tener en cuenta es el abandono de su aspecto físico e incluso de su higiene personal. Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años). El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos,

ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

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

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos.

Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de depresión posparto, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión.

Algunos estudios realizados recientemente por la Asociación Americana de Psicología (2014) han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la depresión posparto no se diferencia mayormente de la hallada durante un episodio depresivo mayor registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. La depresión posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal. Se considera que entre el 15% y el 85% de las mujeres en los diez primeros días posparto pueden padecer síntomas compatibles con este trastorno. Los síntomas más comunes comprenden llanto fácil, ánimo triste

o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, ansiedad y alteraciones del sueño. Normalmente estos síntomas ceden espontánea y rápidamente sin requerir tratamiento; sin embargo, la presencia de esta sintomatología es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puerperal.

De otra parte, la psicosis posparto es un cuadro clínico que ocurre en uno de cada mil partos y está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos dados por ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamientos extraños. Tiene su inicio en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como euforia, labilidad emocional, destructibilidad y aumento de la actividad. Este trastorno ha sido asociado en diferentes estudios con un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que usualmente requiere hospitalización.

Es de gran importancia la detección de síntomas clave en el embarazo y posparto que nos ayude a diagnosticar dichos procesos de forma precoz evitando su elevada morbimortalidad, así como sus complicaciones. Baby blues o también llamado "síndrome del tercer día"; es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, teniendo una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, el tercer día tiene relación con su aparición que suele ser entre el tercer y quinto día posparto, y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas.

Se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, accesos de llanto y tristeza que no llegan a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de posparto blues podría desarrollar una depresión influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad. Existen dos hipótesis que intentan explicar este proceso:

1. La primera relaciona los cambios de estado de ánimo con los cambios bruscos de niveles hormonales. Además, durante el embarazo se producen un bajo nivel de

progesterona y de sus metabolitos sobre todo alopregnanolona (hormona sexual). Este bajo nivel se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos. Ambas sustancias poseen afinidad por los receptores GABA, siendo esta la razón de su efecto ansiolítico y anestésico.

2. La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona madre-hijo y que regula la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina potencia la conducta de apego madre- hijo, sin embargo, ante situaciones de estrés, tensión emocional o pobre apoyo ambiental parece relacionarse con la aparición de síntomas depresivos.

## 8.6 posturas sobre la depresión posparto.

Indudablemente el parto es una experiencia física de dolor intenso, provocado por las contracciones uterinas, la distensión pélvica y la dilatación del conducto vaginal, que favorecen la salida del bebé del cuerpo de la madre. Al progresar el trabajo del parto aparecen sensaciones diferentes tanto en el cuerpo como en la mente de la madre que se interrelacionan entre si.

- El profesional de enfermería aconseja, prescribe y suministra el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres, del Ministerio de la Protección Social.
- El profesional de enfermería debe hacer seguimiento temprano para identificar la expulsión espontánea del DIU.
- El profesional de enfermería aclara a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Por tanto, debe enfatizar siempre en la doble protección. Nos habla acerca del periodo posparto que se considera una etapa de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones han demostrado que una mujer es significativamente más propensa a ingresar en un hospital psiquiátrico en las primeras 4 semanas después del parto que en cualquier otro momento de su vida.

La psicosis posparto es un episodio de depresión muy grave, caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. Este trastorno es la forma más grave y poco

El dolor físico experimentado adquiriría un sentido específico para la madre, podría asumirlo como parte de un proceso que la lleva a dar vida, como un acto creativo, responsable y satisfactorio, en el que confía para tolerar el dolor y concentrar sus energías en la expulsión o por el contrario, podría también vivirlo como una experiencia masoquista, sentida como una amenaza violenta a la unión simbiótica, invadida por angustias de desintegración. Si bien, es de esperar que la madre se haya anticipado psíquicamente para el alumbramiento durante el embarazo, el parto no deja de ser un evento puntual y abrupto que produce intenso desconcierto.

Este representa un cambio radical de estado, una discontinuidad psicosomática, que expone a la madre a la irrupción de angustias intolerables e irrepresentables. De acuerdo con Bouchart-Godard (1992) las experiencias subjetivas y objetivas del parto son extremadamente variables, y así como existen mujeres que se sienten desestructuradas, otras consiguen enfrentarlo a través de mecanismos obsesivos, donde el dolor y la ansiedad quedan controlados, o negados en los estados de mayor disociación. La materialización de la separación física en el parto, predispondría a la actualización de experiencias de separación temprana vividas como traumáticas.

En éste sentido, el parto puede ser representado inconscientemente como un estallido o un desgarramiento de la envoltura psíquica (Anzieu, 1998), en el que la separación se viviría como a una pérdida narcisista de una parte vital, correspondiente a una relación de objeto parcial, precipitando en éstos casos, angustias de desintegración. La depresión posparto ha sido identificada desde el año 460 a.c, siendo Hipócrates quien describió las enfermedades mentales graves que aparecían después del parto, llegando a denominarlas “locura de las parturientas” donde se caracterizaban por la presencia de fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno.

Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, en las últimas décadas ha surgido el interés por profundizar en su estudio. Como cuadro psicopatológico ha

venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas. Las razones por las que se produce la depresión posparto no han dejado de ser estudiadas. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo. El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos. A la fragilidad y desorientación que deja el parto, se le agrega la exposición inmediata a emociones muy primarias de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial con el recién nacido (Kristeva, 1988).

El llanto, los gemidos, los olores, los roces se constituyen en intercambios capaces de evocar en la madre la memoria de sus angustias más arcaicas. Según Stern (1985) la presencia y apoyo de una red familiar, sobretodo la atención y cuidado de la madre, se constituyen en estos momentos en un importante soporte que ayuda a la madre a contener sus propios temores y angustias. Sin embargo, en la sociedad actual, las familias extensas,

capaces de brindar este apoyo, son cada vez más escasas. Difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías y hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia. La depresión posparto se revela como una incapacidad para responder al mandato biológico de la pulsión de vida, de “hacer sobrevivir”, de responder a la angustia del bebé por “sobrevivir”. Detrás del estado depresivo se ocultarían sentimientos de frustración, rabia y odio, sentimientos todos ellos incompatibles con las representaciones que sobre la maternidad se tienen en nuestra cultura, en la cual se idealiza el rol de la madre abnegada, quien se ve empujada a negar sus necesidades, fantasías y deseos pulsionales (Kristeva, 1997).

La vivencia de separación y pérdida materializada en el parto contiene la fuerza de poder revivir experiencias traumáticas tempranas en un alto porcentaje de madres en nuestra actual sociedad occidental, dificultando la tarea de la madre para asumirse como responsable activa de la atención y cuidado de su bebé. En estos

casos, la madre quedaría presa en un estado narcisista, fijada en una identificación con el objeto perdido. Las manifestaciones de la depresión posparto -la tristeza, ansiedad e irritabilidad-en sus distintos grados, podrían considerarse como defensas contra la angustia esquizoide de fragmentación, y sus peligrosas consecuencias, comparable al movimiento intrapsíquico que describe Julia Kristeva(1997) al referirse a la depresión cuando señala: “En efecto, la tristeza reconstruye una cohesión afectiva del yo que reintegra su unidad en la envoltura del afecto.

El humor depresivo se constituye como un soporte narcisista...que lo protege contra el pasaje al acto suicida...El depresivo no se defiende de la muerte pero sí de la angustia que le provoca el objeto erótico. El depresivo no soporta a Eros, prefiere entenderse con la Cosa hasta el límite del narcisismo negativo que lo conduce a Tánatos”. Factores biológicos, sociales y psicológicos. Ellos afirmaron que “la depresión posparto tiene una etiología multifactorial, no existe una causa única que provoque la depresión posparto sino un conjunto de factores causales” (Machado R,& García S, 2012).Oviedo & Jordán (2000) determinan que biológicamente ocurre disminución de niveles de serotonina y disminución de niveles de estrógenos y progesterona. Las investigaciones sobre la causalidad de estos cambios hormonales sobre la depresión posparto no arrojan resultados positivos, no hay evidencias sobre su relación causa- efecto. Aunque los niveles de estrógenos y progesterona pueden afectar a las emociones, no se han encontrado diferencias entre los niveles de hormonas de las madres que desarrollan depresión posparto y las que no.

La evidencia disponible ha permitido establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión posparto, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos. El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con

trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales.

Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión posparto en comparación con púérperas normales. Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto. Los factores implicados en el desarrollo de la depresión posparto se podrían clasificar en psicosociales y ambientales; para los primeros existe mayor calidad y cantidad de estudios que corroboran una fuerte asociación; para los segundos, los datos aportados por la investigación aún resultan inconclusos. Orozco (2013) señaló que existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión posparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad. El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con el nuevo hijo. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de

resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pre término y bajo peso al nacer. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se postulan dos hipótesis: un cuidado prenatal inadecuado derivados de estas condiciones psicológicas, o una relación directa sobre el embarazo producida por modificaciones directas a nivel bioquímico u hormonal. Los especialistas en salud mental Mateos & Cabaco (2010), indican que la sintomatología psicológica de las mujeres puede ser un elemento determinante en el desarrollo y los resultados de la gestación y del parto.

En un estudio longitudinal se realizó una evaluación de los síntomas psiquiátricos en mujeres gestantes, estableciendo relaciones con trastornos de personalidad y factores sociodemográficos. Se encontró un mayor nivel de síntomas psiquiátricos evaluados mediante el cuestionario SCL-90 (Inventarios de Síntomas SCL-90 de L. Derogatis) durante el embarazo que después del mismo. Las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque poco frecuentes, pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo. También el apoyo social parece ser un factor importante, ya que una falta de apoyo social se relaciona con depresión y vivencia de acontecimientos vitales importantes. Durante el primer trimestre, los estudios refieren que es frecuente la presencia de náuseas y vómitos, así como fatiga. Con respecto a las náuseas y vómitos, su presencia se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad, y, de forma similar a la emesis, puede repercutir en la calidad de vida de la gestante.

En relación a la emesis gravídica, un estudio realizado mediante el empleo del cuestionario 16 Factores de Personalidad de Cattell evaluó las relaciones entre los distintos factores de personalidad y la historia de vómitos durante el embarazo. Otra alteración también manifestada con frecuencia es la referida a los trastornos de sueño, los cuales también son frecuentes en las mujeres embarazadas. Durante el primer trimestre es frecuente que aparezca un aumento de los despertares

nocturnos y una mayor somnolencia durante el día. A partir del segundo trimestre se incrementa la tasa de insomnio en las gestantes, siendo mucho mayor en el tercer trimestre. Estos cambios producidos en el patrón de sueño se relacionan estrechamente con la aparición de fatiga en gestantes.

Se ha visto que las mujeres gestantes tienen mayor nivel de fatiga que las no gestantes y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, y se puede asociar a depresión y ansiedad. Se ha observado, asimismo, que la fatiga elevada durante el embarazo es un predictor de la necesidad de la realización de una cesárea y que en el posparto inmediato es también un predictor para el desarrollo de depresión posparto.

Otro aspecto que ha generado atención ha sido el estudio de las preocupaciones específicas del embarazo. Las más importantes son la posibilidad de problemas de salud del feto, el momento del parto y la posibilidad de aborto espontáneo. Se ha desarrollado la escala de preocupaciones de Cambridge, encontrándose que puntuaciones altas se relacionan con ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo. Varias investigaciones han remarcado el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor. Los estudios han destacado la importancia del cumplimiento de las expectativas generadas durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio. De acuerdo con Morales (2012) las características personales de las mujeres se ha visto que influyen de manera directa sobre el miedo al parto vaginal siendo la ansiedad uno de los principales factores psicológicos que determinan la solicitud de realización de cesárea por parte de las gestantes.

Se ha observado también que las mujeres con temor al parto tienen una menor tolerancia al dolor. Entre los factores que se han visto que tienen relación con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las

experiencias previas de partos anteriores. Peña & Calvo (2012) definen los impactos fundamentales que se sufre al presentar dicho trastorno:

- Impacto de la enfermedad a diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional.
- Impacto en la madre. La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en la posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.
- Impacto en el hijo. Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés. Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, pagar más bajo y nacimientos prematuros.

Madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento

materno y hostilidad. Las mujeres con depresión posparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la depresión posparto en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno.

En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones extrañas. La depresión posparto persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente.

apoyo debe incluir diferentes tipos tales como: educacional, emocional, instrumental o técnico y de afirmación. El apoyo basado en un cuidado comunitario puede incluir visitas al hogar, seguimiento telefónico, consejeras pares y grupos de apoyo según la preferencia de la madre.

## 8.7 Intervención de la enfermera en el tratamiento de la depresión posparto

La terapia cognitivo-conductual es el instrumento terapéutico que se utiliza preferentemente para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un intervalo breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del hijo. Para la madre este puede ser el primer episodio de un trastorno depresivo recurrente y, como consecuencia, para el niño puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, del comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida.

El tratamiento de la Depresión postparto suele llevarse a cabo como cualquier otra depresión, sin embargo, esto no podría ser la forma correcta para solucionarlo. Por ello, hoy en día aumentan los estudios neurobiológicos para ayudar a diseñar tratamientos más efectivos con el fin de mejorar el bienestar de la madre, del hijo y de la familia en su conjunto. Para realizar un correcto tratamiento se llevarán a cabo una serie de actividades:

- Prevención de la enfermedad (anterior a la enfermedad): o Educación maternal: por medio de los cursos de preparación al parto que se imparten en los Centros de Salud.
- Asesoramiento: iría relacionado con lo anterior, aunque también durante las consultas de revisión propias del seguimiento del embarazo y puerperio.
- Tratamiento de la enfermedad (una vez desarrollada):
  - Fármacos antidepresivos.
  - Terapia interpersonal y cognitivo-conductual.
  - Psicoterapia individual y/o de grupo.
  - En los casos más extremos, Hospitalización.

La labor de Enfermería es muy importante a la hora de actuar ante un caso de Depresión postparto, preventiva o terapéutica.

Respecto al manejo terapéutico, una vez confirmado la presencia del trastorno depresivo, su objetivo es la remisión del episodio agudo, como la prevención de recaídas o recurrencias. Los principales elementos del tratamiento son la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, la psicoterapia y el tratamiento psicofarmacológico. En cuanto a la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, éste debe crear un clima de cordialidad que le permita a la paciente expresar de forma libre sus emociones, comprometer a la familia y la paciente con el tratamiento prescrito, hacer preguntas con naturalidad acerca de las ideas de muerte y suicidio e informar a la familia adecuadamente para que brinde apoyo a la paciente. A su vez, se debe intentar la liberación de factores estresantes que puedan incrementar dicho trastorno.

Respecto a la psicoterapia, la podemos dividir en psicoterapia de apoyo que consiste en establecer una relación adecuada médico- enfermera/o, que le brinde apoyo y le permitan aumentar su autoestima, valorando sus actividades y realzando sus logros positivos a lo largo del proceso terapéutica y la terapia cognitiva que tiene por objetivo modificar la forma en que la paciente evalúa sus cogniciones y las circunstancias que la rodean, a la vez que la preparan en la adquisición de habilidades nuevas como respuesta al estrés, etc. Esta terapia “cognitiva” se recomienda más cuando la ansiedad es el componente más problemático de la sintomatología. Por ello es fundamental explicarle los síntomas de la enfermedad, para minimizar las distorsiones de la realidad; y las terapias psicológicas individual, grupal y familiar, que requieren un tratamiento por personal especializado en dichas técnicas.

## 8.8 Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca del 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre el 8 y 25% manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo permanecen sin diagnosticar la mitad de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada, por cuanto ni se busca atención ni se realiza tamizaje de rutina.

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así como en países y en situaciones en las que se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

## 8.9 La Educación Sanitaria que se le da a la Gestante, Agrupadas en Tres Áreas de Intervención

1.- Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo.

- Explicarle la cantidad de las visitas prenatales que se realizan, informarle por qué son más frecuentes al final del embarazo y qué profesionales la van a realizar.
- Comentar las pruebas complementarias que se van a solicitar.

2.- Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo

- Cambios psicoemocionales.
- Mayor labilidad emocional.
- Estados de humor cambiantes.
- Mayor dependencia afectiva de las personas importantes.
- Contar con un buen apoyo profesional resulta de gran ayuda.

Una intervención de enfermería debe ser el apoyo educativo, que va a permitir aumentar el autocuidado de la gestante ayudando a disminuir la ansiedad ocasionada por la forma en la cual debe atender correctamente a su nuevo hijo.

Es importante explicar a la mujer cuáles son las modificaciones más frecuentes en esta etapa y cómo y por qué se producen, para que no sean causa de ningún tipo de preocupación. Situaciones por las que debe consultar fuera de las visitas programadas, indicándole el nivel asistencial al que debería dirigirse en cada caso.

3.- Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables. Este asesoramiento se adaptará a las necesidades de la mujer dependiendo de las semanas de gestación en las que se encuentre, de los datos obtenidos en la anamnesis y de su situación personal.

## 8.9 Intervenciones de enfermería para llevar un control prenatal y evitar la depresión posparto.

En todas las embarazadas, es muy importante realizar seguimientos de calidad. En el caso de las embarazadas de bajo riesgo obstétrico, es fundamental llevar a cabo cuidados de prevención y promoción de la salud. A la hora de realizar este seguimiento en las gestantes, se ha de tener en cuenta algunas características primordiales: por un lado, se trata de una etapa de especiales y constantes cambios para la salud de la madre y el feto y, por otro lado, la mujer se vuelca y está más participativa en las actividades de educación para la salud, por ejemplo, abandono del tabaco, mejora en los hábitos alimentarios, etc.

El seguimiento de los embarazos es realizado habitualmente por el médico de familia y la matrona de atención primaria en el programa de Atención a la Mujer, teniendo un buen lazo de unión con atención especializada. Desde enfermería también tenemos la oportunidad de influir, brindando apoyo y aportando nuestra ayuda para que la futura madre cuide de sí y de su hijo que va a nacer.

El seguimiento de los embarazos es realizado habitualmente por el médico de familia y la matrona de atención primaria en el programa de Atención a la Mujer, teniendo un buen lazo de unión con atención especializada. 7 Desde enfermería también tenemos la oportunidad de influir, brindando apoyo y aportando nuestra ayuda para que la futura madre cuide de sí y de su hijo que va a nacer.

Con respecto a cómo realizar este seguimiento y el número de visitas que debe incluir, existen estudios que marcan la atención adecuada como aquella que se inicia en el primer trimestre de embarazo y tiene como mínimo nueve consultas durante el mismo. Sin embargo, desde la OMS plantean otra forma de realizar la atención prenatal dirigida sólo al manejo de las mujeres embarazadas que no presenten evidentes complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías o factores de riesgo. Este modelo de atención está compuesto de cuatro visitas y es denominado Control Prenatal (CPN).

En el seguimiento realizado a la mujer embarazada, es muy importante explicarle el motivo de las visitas, qué se va a hacer en cada una de ellas y qué medidas y cuidados deben tomar durante el período de gestación. Con normalidad las visitas van a ser nueve. Se debe acudir a una décima visita en la primera o segunda semana después de haber dado a luz. Entre todas las actividades que se llevan a cabo durante las visitas, como dijimos anteriormente, la promoción de la salud y la educación sanitaria son esenciales para mujeres de bajo riesgo obstétrico que le ayudará a poner en práctica medidas saludables. A la vez, ellas se sentirán más cómodas y con niveles bajos de ansiedad si reciben la información necesaria del proceso en el que se encuentran.

Los siguientes son factores de riesgo que la enfermera debe tener en cuenta durante la inscripción y la consulta del control prenatal, así como durante el momento del puerperio inmediato y mediato:

- Primiparidad.
- Falta de apoyo familiar y social.
- Abuso de alcohol.
- Historia de abortos previos.
- Ambivalencia hacia la gestación.
- Carencia de redes sociales.
- Escaso apoyo de la pareja.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Pensamientos negativos.

Diseñaron un estudio de validación de la escala de Edinburgh para depresión posparto, con 200 mujeres gestantes letradas, entre 18 y 42 años, con un promedio de 24,3 años, pertenecientes a estratos económicos bajos y que asistían a consulta externa en una clínica pública de maternidad en Cartagena, Colombia. El estudio mostró que la escala de Edinburgh para depresión posparto posee una alta consistencia interna y una estructura tridimensional para el concepto de depresión en mujeres embarazadas. La confiabilidad de la escala de Edinburgh para depresión posparto en gestantes de estrato bajo en una ciudad de Colombia, con los

siguientes ítems: reír, disfrutar, culpa, ansiedad, pánico, desesperanza, infelicidad, tristeza, llorar e ideación suicida, reportó un  $\alpha$  de Cronbach por encima de 0,74. Se espera que la consistencia interna de una escala sea alta cuando los valores se encuentren entre 0,70 y 0,90.

Sin duda, debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (cinco a diez minutos), la escala de Edinburg para depresión posparto permite su utilización por cualquier profesional de la salud y se convierte en un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo, lo cual mejora la atención en la salud de las embarazadas. El estudio concluyó que la escala de Edinburg para depresión posparto es un instrumento con consistencia interna y estructura factorial adecuadas para ser utilizado en la detección temprana de episodio depresivo mayor en la población de gestantes de estrato bajo de una ciudad de Colombia. En la guía “Interventions for postpartum depression. Nursing best practice guidelines”, recomiendan que las enfermeras presten cuidado individualizado y flexible, basado en la identificación de los síntomas de depresión posparto.

### 8.10 Intervención de enfermería para disminuir los cambios psicológicos en el posparto.

El puerperio se considera de alto riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos y psicóticos. Por ello, es importante prestar especial atención a la salud mental de la puérpera, por los servicios médicos y sociales, donde enfermería realiza una labor imprescindible por ser el equipo que más tiempo pasa con estas mujeres durante la estancia hospitalaria.

La importancia y lo beneficiosa que es la educación prenatal para las mujeres primíparas, y las estrategias utilizadas pueden no ser suficientes para minimizar la ansiedad de los padres y potenciar las competencias maternas/paternales cuando se enfrentan con las necesidades específicas después del nacimiento. Esto refuerza la necesidad de apoyo y orientación también en el posparto dado que la

incertidumbre es causa de ansiedad, es importante que las enfermeras desarrollen habilidades para diagnosticar esa ansiedad y poder tratarla, con el fin de disminuir el impacto negativo en el estado psicológico principalmente, pero también fisiológico en el presente y futuro de las pacientes atendidas.

La enfermera puede disminuir este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que están evolucionando, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento. Enfermería debe poner en práctica intervenciones coherentes con los hallazgos que suelen aparecer en este período, proporcionando educación y reforzando los conocimientos de las madres y la familia para el autocuidado y cuidado del bebé. Para ello, esta información será dada al alta hospitalaria y, también, se pueden realizar visitas a domicilio. A la madre se le informa sobre:

- Riesgos en el puerperio,
- Identificación de signos de alarma (fiebre, loquios fétidos, mastitis).
- Cuidados con los senos y pezones,
- Cuidados de la herida quirúrgica o episiotomía,
- Cuidados con la nutrición y la actividad física
- Asesoramiento sobre planificación familiar y sexualidad.
- Respecto al recién nacido, se le enseña a la madre y a la familia:
- Cuidados al bañarlo.
- Cuidados con el cordón umbilical e identificación de signos de alarma (fiebre, enrojecimiento, coloración amarilla de la piel más de una semana...)

No nos debemos centrar únicamente en dar información, sino que los profesionales sanitarios que van a atender a las mujeres durante el parto y el puerperio pueden influir en una percepción positiva, ayudando a bajar los niveles de ansiedad, a través de los buenos cuidados. Asimismo, haber tenido una buena experiencia previa, unos buenos cuidados por parte de los profesionales implicados en la atención al

parto, acompañamiento y apoyo continuo durante el nacimiento y puerperio inmediato, también tiene efectos significativos en una percepción positiva del parto.

El apoyo educativo como intervención de enfermería, permite aumentar el autocuidado de la gestante, ayudando a disminuir la ansiedad ocasionada por la forma en la cual debe atender correctamente a su nuevo hijo. En esta etapa, como ya se ha apuntado, es importante recordar o enseñar a la mujer a que realice su autocuidado y los cuidados básicos del recién nacido, intentando que sea ella quien los realice en presencia de un profesional. Con ello evitaremos los miedos que se plantea y reafirmaremos la capacidad real que tiene para el cuidado del recién nacido, aumentando su autoconfianza.

Es de vital importancia, que enfermería se ocupe de evitar estas situaciones para que no lleve a la percepción de falta de apoyo y de indiferencia por parte de los miembros del equipo sanitario la educación, el acompañamiento, la resolución de dudas, la asesoría, la consulta de enfermería y utilización de material didáctico, la inducción a la consulta de urgencias o temprana, son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero bien utilizadas pueden prevenir complicaciones. Disminuyendo la morbi-mortalidad materno infantil.

## 8. 11 Intervenciones de enfermería en la salud del recién nacido de madre con depresión posparto

- Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. Se clasifica en:
- Recién nacido pre término: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido pos término: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

Según un estudio revisado, el nacimiento por cesárea al término del embarazo en mujeres con bajo riesgo perinatal, se asocia significativamente a mayor morbilidad respiratoria neonatal, ingreso en UCI neonatal y dolor materno puerperal. A la vez, que también disminuye las tasas de lactancia materna al alta. En esta etapa de la vida, la depresión resulta especialmente preocupante porque, además de afectar negativamente a la madre, puede perjudicar la relación con su bebé, el desarrollo del recién nacido y perjudicar a la familia completa.

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Existe evidencia de que, a largo plazo, la depresión post-parto y los trastornos de ansiedad, tendrán efectos negativos también para el niño y la interacción madre-hijo, porque esos trastornos son un factor de riesgo para el desarrollo cognitivo, neuropsicológico del bebé, y podrá desarrollar problemas de comportamiento emocional y social.

### 8.12 Intervenciones de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura

La Depresión Postparto o depresión puerperal, es 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. Entre los principales síntomas que identifican un cuadro de DPP se pueden citar la irritabilidad con el llanto del niño, la falta de estímulo para amamantar, el desinterés sexual, la transferencia de responsabilidad sobre el niño y en casos más

extremos negligencia total en el cuidar y agresión física. Estos síntomas entre otros caracterizan los cuadros de depresión leve a moderada, de manera que, sea cual sea la intensidad del cuadro, el bebé es el principal afectado por el desorden emocional materno.

De acuerdo con Schermann y Brum, los niños de madres deprimidas presentan mayor riesgo de padecer desordenes comportamentales, afectivos, cognitivos y sociales. A partir de esta definición es posible percibir que la detección precoz de la sintomatología referente a la DPP y el consiguiente encaminamiento a los profesionales del área de salud mental es de extrema necesidad y resulta en incontables beneficios para el binomio madre-hijo.

En relación a la categoría de profesionales enfermeros, se hace necesaria la necesidad de conocer esta realidad y tener una atención vigilante sobre estos casos, ya que el profesional de esta área es el que hace el seguimiento de la madre y el hijo en el puerperio en la mayoría de las consultas de puericultura.

"Cabe al enfermero el conocimiento sobre la DPP ya que este profesional representa, en el servicio de atención básica, una puerta de entrada para la acogida y direccionamiento adecuado de la puérpera en lo que corresponde a la terapéutica y prevención de este trastorno mental".

Percibiendo que la DPP es una realidad de gran relevancia para la salud de este público específico (binomio madre-hijo) se cuestiona: ¿Los enfermeros de atención básica tienen conocimientos sobre depresión postparto? ¿Cuál es la frecuencia de detección de casos de depresión puerperal en consultas de puericultura? ¿Qué beneficios aporta la detección precoz a la mejora del cuadro y disminución de perjuicios en casos de depresión puerperal?

Mediante la importancia de la identificación precoz de la DPP y de la necesidad de profundizar en esta temática para la enfermería, se propone identificar los conocimientos de los enfermeros de la atención básica sobre el tema, con el propósito de ayudar al sistema de salud a planear estrategias para la mejora de la salud mental de las puérperas. Se justifica también el hecho de que el enfermero

debe estar habilitado para detectar los casos y consecuentemente encaminarlos a los profesionales que atienden las demandas de salud mental en la atención básica. Con esto el equipo alcanzará una articulación multiprofesional e interdisciplinar que contribuye a la mejora y cura de la DPP.

Esta intervención de enfermería fue tomada a partir de un estudio que tiene como objetivo identificar cómo actúa la enfermería frente a la Depresión Postparto en las consultas de puericultura. El abordaje de esta investigación es cualitativo. En este tipo de abordaje el investigador busca como resultado de su investigación un análisis fiel de experiencias y vivencias cotidianas, valorizando lo subjetivo y contemplando como enfoque principal el ser humano por completo en su complejidad. En este caso, las vivencias y experiencias cotidianas tienen relación con la rutina de las consultas de puericultura realizadas por los enfermeros en la atención básica.

Dentro del abordaje cualitativo es posible destacar la investigación-acción. La investigación-acción es definida como una línea de investigación asociada a diversas formas de acción colectiva que es orientada en función de la resolución de problemas o de objetivos de transformación. Este referencial responde a los objetivos de la investigación, ya que la línea del estudio busca desarrollarla con un grupo de enfermeros del Centro de Salud de la Familia del barrio Sinhá Sabóia, en la ciudad de Sobral, buscando transformar una realidad de su diagnóstico de DPP en una realidad en la cual el niño, la madre y la familia son beneficiados al tiempo que la salud colectiva también crece por medio de la sensibilización de los profesionales sobre un tema tan importante.

El primer abordaje es definido por las autoras como grupos típicos de las reuniones de trabajo donde la dinámica es prevista a través de fórmulas de conducción, por tanto, sigue un protocolo definido y tiene un objetivo específico. Para ilustrar la perspectiva dialéctica de comprensión y el abordaje grupal las autoras citan el siguiente trecho de Pichon-Rivière: "el sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido en una praxis." Se optó por el abordaje pautado en la perspectiva dialéctica, pues en él se encuentra el esbozo teórico que mejor auxilia

la operacionalización del grupo focal propuesto. Para operacionalizar las sesiones de grupo-focal las autoras definen algunos criterios descritos a continuación. En cuanto a la cantidad de sesiones se preconizan por lo menos dos grupos para cada variable considerada como pertinente para el tema tratado. En cuanto a la composición del grupo o a los integrantes se establece que "los criterios para la selección de los sujetos son determinados por el objetivo del estudio y, por eso, la muestra es intencional".

Para la duración de las sesiones grupales se juzga que cada sesión debe tener entre una hora y media y dos horas, la cantidad de personas ideal oscila entre un mínimo de 6 y un máximo de quince. Un ambiente que garantice privacidad, conforty que facilite el debate es lo ideal. Deberá ser un ambiente neutro (no de trabajo), con fácil acceso, con sillas en disposición circular y bien decorado. Las autoras describen además cada etapa secuencial de un grupo focal y discurren sobre los papeles de moderador y de observador.

Todas las recomendaciones fueron contempladas para hacer el trayecto metodológico de esta investigación. Para conducir los momentos de debate o discusión utilizaremos la técnica no directiva sugerida por este referencial. La técnica no directiva "Presenta preguntas abiertas, lo que permite a los participantes expresar sus sentimientos verdaderos y reduce al mínimo la influencia del moderador. Casi siempre, es el mejor estilo para conducir grupos focales".

La investigación fue desarrollada en el Centro de Salud de la Familia del barrio Sinhá Sabóia de la ciudad de Sobral. El público albo fue compuesto por los enfermeros de la unidad, responsables de la prestación de servicios de atención primaria a la población del barrio y que aceptaron participar del estudio. Siendo en total 6 profesionales para la realización del estudio. Inicialmente se solicitó autorización formal de la directora de la unidad. Después de la autorización, solicitamos a los enfermeros que participasen de la investigación formalizando el consentimiento por medio de una declaración. Después de estas etapas fue iniciada la recolección de datos propiamente dicha. Este proceso formal y ético fue necesario para dar confiabilidad a la investigación.

La recolección de datos se basó en la técnica del grupo focal. El grupo focal puede ser utilizado en el entendimiento de las diferentes percepciones y actitudes sobre un hecho, práctica, producto o servicio. Como técnica de investigación cualitativa, el grupo focal obtiene datos a partir de reuniones en grupo con personas que representan el objeto del estudio. El grupo focal ha sido utilizado internacionalmente para la estructuración de acciones diagnósticas y levantamiento de problemas; para la planificación de actividades educativas y como objeto de promoción en salud y medio ambiente.

Como referencial teórico se utilizó el Manual de Normas para la Salud del Niño en la Atención Primaria emitido por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará, lanzado en 2002, y en vigor hasta la actualidad y el Manual Técnico: Prenatal y Puerperio: Atención Cualificada y Humanizada. Consideramos dos variables pertinentes al estudio: conocimiento sobre Depresión Puerperal y actuación de enfermería en relación a los casos sospechosos y diagnosticados (abordaje en las consultas de puericultura). De acuerdo con el referencial metodológico abordado para esta investigación, que preconiza como mínimo dos sesiones grupales para cada variable, se realizaron 4 encuentros.

Para cada sesión se definen, conforme el referencial adoptado, etapas obligatorias: Bienvenida; Presentación de los investigadores e informaciones sobre los objetivos y fines de la Investigación y de la Técnica de Investigación; Presentación de los participantes entre sí, realización de una dinámica; Aclaraciones sobre la dinámica del grupo focal entre reglas, permiso para grabar y fotografiar (sin identificarlos), interrupciones, etc.; Recolección de datos; Síntesis de las ideas; Clausura y Agradecimientos; Fijación del próximo encuentro.

A continuación, se describe el plan programático para cada uno de los grupos focales.

## Sesión 1

Título: Reflexionando sobre Depresión Puerperal; Preguntas Orientadoras con Respuestas Individuales y breve discusión sobre el tema: ¿Cómo define usted Depresión Puerperal? ¿Cómo identifica una Depresión Puerperal?

## Sesión 2

Título: Depresión Puerperal y su relevancia en la salud materno-infantil; Aclaraciones sobre DPP: Etiología y Manifestaciones en la Salud Materna e Infantil (Lectura Colectiva); Desarrollo de la Técnica del Colaje (Serán disponibilizadas varias figuras y pediremos que los profesionales escojan 2 y peguen alrededor de las siglas DPP). Cada figura escogida deberá contener imágenes sugestivas como tristeza, irritación con el llanto del niño, entre otras. Después del collage, las ilustraciones serán etiquetadas con los síntomas que representan. El objetivo de la aplicación de esta técnica es observar qué señales los enfermeros asocian a DPP. Después del collage, los enfermeros deberán comentar las figuras escogidas); Discusión abierta sobre la cuestión: ¿Qué puede ocasionar una depresión puerperal en el estado general de salud de la madre y del bebé?

## Sesión 3

Título: Actuación de Enfermería frente a la DPP; Preguntas Orientadoras con Respuestas Individuales y breve discusión sobre la temática: ¿Cuál es la media de casos identificados en su área? ¿Qué se hace cuando un caso es detectado?; Presentación de sugerencias de acciones y conductas que el profesional de enfermería podría asumir al encontrarse con una puérpera deprimida (encaminar a un servicio especializado, monitorizar señales y síntomas, visitar, entre otras). Pediremos que cada uno escoja dos o tres tarjetas y las comente, siendo permitido el debate sobre el tema.

## Sesión 4

Título: Consultas de Puericultura; Lectura colectiva de relatos reales correspondientes a tres casos de DPP, debatiendo posteriormente sobre la patología y la actuación de enfermería en cada situación presentada; Discusión de

la aplicación de la Escala de Edimburgo como instrumento facilitador de la detección de DPP en las consultas de puericultura.

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: la Entrevista semiestructurada con 5 preguntas orientadoras que fueron hechas en el transcurso de las sesiones de grupo focal y el Diario de campo con anotaciones del observador participante, además de estos, la Técnica del Collage fue utilizada para recolectar datos. Para analizar las declaraciones obtenidas utilizamos la Técnica del Discurso Colectivo. Se cree que, frente al objetivo de este estudio que es identificar la actuación de enfermería en relación a la DPP, esta técnica resultó válida, pues las experiencias son semejantes a la realidad del Centro de Salud lo que de cierta forma unifica los discursos emitidos por los profesionales.

La Técnica de Discurso del Sujeto Colectivo consiste en reconstruir, con pedazos de discursos individuales, discursos-síntesis para expresar un pensamiento o una representación social sobre un tema. Para cada pregunta, un discurso síntesis. Esta técnica es una propuesta de organización y tabulación de datos cualitativos de naturaleza verbal. Además del concepto definen algunas figuras metodológicas que ayudan a elaborar los discursos-síntesis para cada pregunta realizada.

Las tres figuras metodológicas definidas son: Expresiones Clave (trechos o transcripciones literales de la declaración que deben ser destacadas y que revelan la esencia de esta declaración. Cada declaración debe tener como mínimo una expresión-clave); Ideas Centrales (expresión lingüística que revela y describe, de la manera más sintética, precisa y fidedigna posible, el sentido de cada uno de los discursos analizados y de cada conjunto homogéneo de Expresiones Clave) y el Anclaje (manifestación lingüística explícita de una teoría, ideología, o creencia, que el autor del discurso profesa y que, en calidad de afirmación genérica, es usada por el enunciador para 'encuadrar' una situación específica).

El Discurso del Sujeto Colectivo consiste básicamente en analizar el material verbal recolectado, extrayendo expresiones clave y formando con ellas conjuntos homogéneos de los cuales las ideas centrales y los anclajes serán retirados. Con estas figuras metodológicas se compone uno o varios discursos-síntesis en primera

persona del singular (discurso de lo social). Para la técnica del collage observaremos qué figuras fueron escogidas por los profesionales y si los síntomas sugeridos se corresponden con el cuadro sintomático de depresión puerperal.

Incorporamos en esta investigación los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, que orientan la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que contiene directrices y normas reguladoras para investigación implicando seres humanos, de forma directa o indirecta, individual o colectiva, realizadas por cualquier categoría profesional, en el campo biológico, psíquico, educativo, cultural o social, incluyendo el manejo de informaciones y materiales. Los enfermeros tuvieron autonomía para desistir de su consentimiento y proporcionar informaciones sobre su proceso de trabajo, siendo garantizado el derecho al anonimato.

Este proyecto fue apreciado por la Comisión Científica de la Secretaría de Salud del municipio de Sobral-Ceará recibiendo parecer favorable. Vale resaltar que la autorización formal de la directora fue prerequisite para la inserción del CSF como escenario de la investigación. La grabación de declaraciones o el registro de cualquier información personal o profesional solamente fue realizada con autorización de los enfermeros por medio de la Declaración de Consentimiento (TCLE). Para desarrollar la técnica del Grupo Focal esta investigación se apoya en el referencial metodológico de Dall'Agnol y Trench. Estos autores definen dos tipos de abordaje para los grupos focales: El abordaje pautado en la concepción lineal-tradicional y el abordaje pautado en la perspectiva dialéctica.

En cuanto a las preguntas orientadoras realizadas en este grupo focal, estas son: ¿Cómo define usted Depresión Puerperal? ¿Cómo identifica usted una Depresión Puerperal? El objetivo de este primer momento era verificar el conocimiento de cada profesional y del colectivo de enfermeros de la unidad sobre la patología cuestionando una definición, aunque fuera subjetiva, sobre DPP, y de qué forma esta enfermedad puede ser identificada.

De manera general, los enfermeros consensuaron que, erróneamente, se da más prioridad a los problemas de carácter biológico que a los que remiten a la salud

mental. Los profesionales también reconocieron que el abordaje relacionado a las púerperas es deficiente en este aspecto, limitándose a la marcación de un ítem en el guión de la visita puerperal (alteraciones de humor en la madre-sí o no).

### 8.13 Intervenciones y cuidados de enfermería al recién nacido, otorgados por la madre con depresión postparto y sus implicaciones en el desarrollo cognitivo, motor y social del niño.

La madre con postparto sin depresión es capaz de brindar el cuidado para la satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido: alimentación, lactancia, aseo, baño, vestido, estímulos motrices y cognitivos (que formarán el desarrollo integral del recién nacido); se facilita el vínculo afectivo madre e hijo, da cuidado oportuno y se produce el apego. Cuando se presenta la depresión postparto el trato brindado al recién nacido por parte de la madre es disminuido, las maternas poco hablaban a su hijo, su cuidado es escaso, con poca estimulación, de mal humor para ocuparse de las necesidades del bebe. De esta manera, la depresión presentada en las maternas es transmitida al neonato el cual puede padecer de depresión en su desarrollo, o ser más sensibles a padecer ansiedad y estrés. Como resultado los niños en su comportamiento podrán ser agresivos, tienen dificultad de aprendizaje, dificultad para la socialización en su edad escolar y la adolescencia.

Durante la gestación, la madre presenta unas modificaciones físicas, anatómicas, psicológicas para adaptarse a la misma. Dentro de los cambios fisiológicos se presentan los cambios endocrinos los cuales están modificados por el incremento de la producción de hormonas tales como los estrógenos y la progesterona. La placenta suministra nutrientes y agua al feto en crecimiento, y de igual modo produce varias hormonas para mantener el embarazo. Algunas de estas hormonas son el estrógeno, el cortisol y el lactógeno de la placenta humana

Los estrógenos tienen efecto sobre la piel, se aumenta la pigmentación y se afectan los sentimientos y emociones de la gestante. Estos cambios durante el postparto buscan su involución, es decir, regresar al estado normal antes de la gestación, lo

que implica un descenso en hormonas como la progesterona, los estrógenos, la oxitocina, entre otras, generando cambios en el comportamiento de la madre que puede afectar el cuidado del recién nacido.

La madre con depresión puede presentar una serie de síntomas como irritación, enfado, incompetencia de no sentirse capaz de desempeñar su nuevo rol. La llegada de un hijo puede afectar en gran medida todas las relaciones y en ocasiones provocar una gran tensión. La madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación.

Los recién nacidos requieren de tiempo y cuidados especiales, puesto que precisan atención constante: hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando lloran, dormirlos, etc., lo que conlleva a una gran responsabilidad que abarca numerosas horas del día, por lo que la madre siente que pierde la libertad que tenía antes del nacimiento de su hijo.

Los hijos de madres con DPP (depresión posparto) tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos, desde el periodo neonatal presentan un perfil de desajuste caracterizado por reactividad deficiente, niveles elevados de hormonas asociadas al estrés (norepinefrina y cortisol), déficit en la reactividad a la expresión facial; tono vagal menor que implica la no reactividad de la respuesta simpática, llanto frecuente y agresividad. Se debe valorar la salud mental de la mujer en posparto para minimizar los riesgos para el hijo, recomendar no consumir cafeína, nicotina, alcohol y maximizar el descanso.

#### 8.14 Como Interviene Enfermería Ante Este Trastorno

Se recomienda analizar desde la enfermería el contacto con las madres durante el control prenatal, el curso de preparación para la maternidad, el nacimiento y el posparto, ya que es allí donde se pueden detectar los casos de

depresión posparto. Se ha de promover a las usuarias para que hablen de cómo se sienten y así fomentar la escucha oportuna para reducir las complicaciones de las maternas y de los recién nacidos.

Se sugiere la utilización de la escala de Edimburgo de depresión posparto en los servicios de ginecoobstetricia, ya que permite la identificación de los factores que pueden afectar a la mujer durante la gestación y que pueden producir depresión en el postparto, así como la fomentación en estudios sobre la depresión posparto y su implicación en el recién nacido para sensibilizar a los profesionales de la salud en la atención cálida y oportuna del binomio madre e hijo durante esta primera etapa de vida, y de esta manera prevenir complicaciones tanto de la madre como del niño, y sus consecuencias en la familia y en la sociedad.

La escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) es recomendada como instrumento para confirmar los síntomas de la depresión posparto, y puede ser usada en cualquier momento del periodo del posparto, incluso hasta los 12 meses después del nacimiento, para confirmar los síntomas de depresión posparto. La EPDS ha sido usada ampliamente en países como Chile, Canadá, Noruega e Italia. Sin embargo, cuando las madres no son de habla inglesa, hay que ser cautelosos en la interpretación, y para confirmar la depresión posparto debe ser interpretada en combinación con un juicio clínico. Al ser la depresión uno de los mayores factores de riesgo para el suicidio, las enfermeras deberán prestar atención inmediata y buscar la intervención para la madre en crisis cuando en el décimo ítem de la escala responde “si casi siempre se le ha ocurrido la posibilidad de hacerse daño a sí misma”. Para indagar más sobre el décimo ítem se puede usar el siguiente cuestionario:

1. ¿Qué tan frecuentemente ha pensado en hacerse daño?
2. ¿Qué tan severos son esos sentimientos?
3. ¿Ha tenido esa clase de sentimientos antes? Si la respuesta es sí, ¿qué pasó?
4. ¿Ha intentado suicidarse?
5. ¿Ha pensado en cómo podría hacerse daño a sí misma?

6. ¿Ha hablado con su compañero acerca de cómo se siente con él?
7. ¿Tiene buena relación con sus padres o familia? ¿Ellos saben cómo se está sintiendo?
8. Si no tiene apoyo del compañero o de la familia, ¿tiene alguien en su vida que le pueda dar ese apoyo?
9. ¿Ha hablado con esa persona sobre sus sentimientos?
10. ¿Podría llamar a esa persona y ella/él viene si usted necesita ayuda?

En la provisión de cuidado a las madres con depresión posparto, las enfermeras deben facilitar la participación del compañero o de miembros de la familia. La educación de los profesionales de la salud en el manejo de la depresión posparto es muy importante. Se necesita saber usar la escala de depresión posnatal Edinburgh. El contenido de esta guía puede ser incluido en la educación básica de las enfermeras (curriculum), en capacitaciones y en la orientación de programas. El éxito de la implementación de la guía “Interventions for postpartum depression. Nursing best practice guidelines” requiere el uso de una estructura, un proceso de planeación sistemática y un fuerte liderazgo de enfermería.

La preocupación que siente la madre se puede apreciar por su estado emocional (como mal genio, tristeza y soledad), aspecto negativo que podría afectar el bienestar de su recién nacido prematuro. Sin embargo, las madres saben que la depresión se puede evitar si recibe amor, se le cuida, se le alimenta bien, se le protege y si mantiene una buena relación con su pareja y sus otros hijos. Ellas están seguras de que su estado de ánimo influye en el niño. De acuerdo con algunos testimonios: “Si uno está de mal genio, deprimido o algo, eso no le va hacer bien al bebé”. “Si uno tiene un estado de ánimo bajo o está de mal genio o llorando, esa calidad de leche que se le está dando al niño no lo va a hacer crecer o desarrollarse bien, entonces para que uno esté bien debe estar bien con el papá, con los hijos, con la familia. Entonces, a la mamá la deben cuidar, la deben querer, proteger, estar bien alimentada, también darle amor a la mamá, así como se le da la bienvenida al recién nacido”.

Otras madres relacionaron la depresión con el cambio de vida por el nacimiento del niño prematuro, lo que implicó quedarse quieta, y por la soledad. Según un testimonio: “El hecho de estar quieta para mí significó ‘depresión’, porque tan bonito tengo mi bebé, pero tengo que estar sola, no puede venir nadie, si venía alguien tenía que estar con tapabocas, no lo pueden tocar, póngase el tapabocas, un poconón de cuidados que uno de alguna forma no está preparado para este tipo de cosas, eso a uno lo pone triste”. (Sandra). Las madres también identifican la ignorancia o el desconocimiento como un factor asociado con los sentimientos negativos.

En este sentido, las enfermeras del programa ‘Madre Canguro’ deben educar a las madres sobre lo que les va a suceder en el posparto y sobre los cuidados del recién nacido prematuro, para disminuir el desconocimiento que las puede llevar a la depresión. Así como también realizar las siguientes actividades:

El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh(EPDS) brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio.

El profesional de enfermería debe facilitar el acompañamiento de los familiares y del compañero en la intervención de madres con depresión posparto.

El profesional de enfermería debe brindar educación e intervenciones que preparen mejor a las madres ante los síntomas de depresión, orientarlas en el cuidado del niño en la casa y fomentar el apoyo social.

El profesional de enfermería, en caso de madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer (2.500 g), remiten al programa ‘Madre Canguro’.

## 8.14 Plan de cuidados estandarizados para pacientes con depresión postparto

La maternidad es considerada socialmente una etapa muy bonita de la vida, sin embargo, el embarazo y nacimiento del bebé puede provocar sentimientos de alegría y de tristeza que afectan a las mujeres, al recién nacido y al resto de la familia. El nacimiento de un hijo conlleva un periodo de adaptación hormonal, emocional y psicológico, que dentro de la alegría y de la emoción con el que se espera, puede provocar sentimientos de ansiedad, tristeza y agobio en la madre, aumentando así la probabilidad de padecer depresión postparto (DPP).

La DPP se reconoce en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) como un "trastorno depresivo mayor de inicio en el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto, periodo de postparto. Se caracteriza por una tristeza y llanto persistente, ansiedad, agobio, sentimiento de inutilidad, sentimiento de culpabilidad, falta de lazos de afecto con el bebé, falta de estímulo para cuidar al niño, transferencia de responsabilidad sobre el niño, desinterés sexual, incluso tener pensamientos de autolesión o suicidio.

Este trastorno también afecta en el desarrollo infantil del bebé, siendo las áreas más afectadas el lenguaje y las capacidades sociales, mientras que las áreas motoras y de coordinación no se ven comprometidas. Esto nos indica que en el futuro el niño podría sufrir alteraciones comportamentales y emocionales. La detección precoz de la DPP es muy difícil debido a la presión que ejerce la sociedad sobre las madres, y esto provoca que se trate de una enfermedad infra diagnosticada. A los ojos de la sociedad las madres deben de estar felices con la llegada de su bebe y por lo tanto no muestran sus sentimientos de tristeza y de pena por vergüenza y temor a la crítica.

Actualmente, la DPP es un gran problema de Salud Pública debido al elevado número de madres que lo sufre y la repercusión que tiene en la salud física y emocional de la madre y del bebe, así como en el resto de las relaciones de la madre con su pareja, familia o amistades. Es muy importante que los miembros del

equipo interdisciplinario (obstetricia, pediatría, psicología y enfermería) trabajen conjuntamente para desempeñar funciones importantes en la detección y tratamiento. La aplicación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados mediante la utilización del lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos y centrados en el paciente.

El equipo multidisciplinario debe trabajar conjuntamente, sin embargo, la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado de la madre que sufre DPP debido a que esta necesita ser atendida de forma cercana y ser acompañada en todo el proceso para no deteriorar su autoestima como madre. Mediante una buena actuación de Enfermería se puede conocer el estado de salud de las personas y se pueden detectar las necesidades que dicha persona tiene. Una vez conocidas, se debe plantear una serie de actividades organizadas para poder satisfacerlas.

### 8.15 Intervenciones en enfermería para mejorar la calidad de los cuidados

El personal de enfermería que atiende a la madre tras dar a luz, tanto en el hospital como al alta en el domicilio debe estar preparado para prestar unos cuidados que favorezcan mantener una buena adaptación al nuevo rol y la prevención de la patología depresiva en este periodo.

En el ámbito hospitalario, sólo podríamos actuar con una mujer en el puerperio inmediato, por lo que probablemente el desarrollo de dicha patología no se ve claramente. Pero en el ámbito de atención primaria la actuación puede ser muy extensa. Para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros se pueden llevar a cabo las siguientes actividades:

- Conocer el caso y tratar siempre a la persona por su nombre.
- Individualizar los cuidados. Separar los cuidados de la madre de los del niño con el fin de que esta se sienta protegida e importante para nosotros.

- Explicar técnicas de relajación en el postparto: Yoga: existen diferentes estudios que demuestran que practicar Yoga en el postparto ayuda a reducir la ansiedad y el estrés y a controlar la depresión.
- Ofrecer apoyo: la confianza en el personal sanitario es fundamental
- Ofrecer la realización de terapia familiar. A muchas madres con depresión postparto se les recomienda que acudan a terapia con otras madres en su situación, normalizar el proceso las ayuda a superarlo más fácilmente.
- Normalización del proceso: las madres con depresión postparto tienen una ansiedad añadida al sentirse enfermas, sienten que no pueden llevar la maternidad como ellas esperaban y nosotros no podemos culparlas de ello, es más, normalizando el proceso conseguiremos una mejor evolución.

El ritmo de recuperación de peso debe marcarlo la madre, nunca debemos forzar ya que se encuentran en una etapa compleja, y la imagen corporal de la madre puede ser un factor desencadenante de la enfermedad. Hay que demostrarlas que se puede conseguir el objetivo, pero siempre con tranquilidad y sin presión.

## 8.16 Intervenciones de enfermería en la prevención de la depresión posparto en el primer nivel de atención

La Enfermería cumple un papel muy importante en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en relación a la atención de los ciudadanos, sus familias y la comunidad a la que pertenecen, prestando sus servicios en Centros de Salud, en las residencias de los usuarios y en espacios comunitarios. Llevan a cabo su actividad a través del desarrollo de relación terapéutica de confianza con los ciudadanos que acuden a las consultas de Enfermería de Atención Primaria. Mediante esta relación terapéutica conseguimos que los ciudadanos nos expresen sus dudas y preocupaciones, conseguimos que se impliquen en sus cuidados y fomentamos su autonomía en medida de lo posible.

Estos cuidados se pueden realizar a través de la implementación de los servicios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Uno de los ámbitos de actuación enfermera más importantes es el ámbito de la prevención.

Desde el ámbito de AP, es importante que los profesionales de Enfermería conozcan esta patología y sus factores asociados para poder aplicar medidas preventivas y de detección precoz eficaces, reduciendo la incidencia de esta patología. Como son la educación maternal, la reducción de los factores de riesgo, la promoción de la lactancia materna o el cribado de DPP.

Como profesionales de la Enfermería, debemos conocer los principales factores de riesgo que propician el desarrollo de DPP, entre los cuales se encuentran la presencia de depresión durante el embarazo, un apoyo familiar y/o social insuficiente, un embarazo no planeado o la violencia en el ámbito familiar.

Es importante aprovechar las visitas de las mujeres embarazadas o en el periodo del postparto a las consultas enfermeras de AP. En estas visitas podemos ser de reconocer las situaciones que propician una mayor vulnerabilidad para desarrollar DPP en estas mujeres, como son el embarazo en la adolescencia, nivel socioeconómico y/o educativo bajo, o situaciones de marginalidad.

La Enfermería debe saber reconocer las anteriores situaciones y aplicar las pertinentes medidas de prevención y diagnóstico precoz, entre las cuales destacan el adecuado seguimiento a mujeres en situaciones de riesgo (mujeres embarazadas deprimidas, adolescentes embarazadas, etc.), la disminución de los factores de riesgo asociados (por ejemplo, la ayuda para planificar un embarazo no deseado), la promoción de la lactancia materna o el cribado de DPP.

## 9. CONCLUSIÓN

Se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar las intervenciones de enfermería en el trastorno de la depresión posparto. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la enfermera en la prevención, atención y rehabilitación de las mujeres con depresión posparto, el recién nacido y la familia.

Dado que la depresión posparto ocupa una de los trastornos depresivos más relevantes a nivel mundial y nacional. Es indispensable que la enfermera valore aquellas pacientes a quienes se sospecha y se valora de acuerdo a la escala de Edimburgo este trastorno de la depresión posparto. Por ella el personal de enfermería tiene cuatro áreas básicas que cuidar en el manejo de las mujeres con depresión posparto. Por ejemplo, en servicios, docencia, en administración y en investigación que a continuación se explica.

### En servicios

Al presentarse ante una mujer con depresión posparto en el servicio de obstetricia general o privado se debe tener en estrecha vigilancia de la paciente durante su estancia hospitalaria. De igual forma es necesario la monitorización de signos vitales para la ministración de los medicamentos indicados y valorar los efectos de la farmacoterapia. La actuación de la enfermería incluye, el reducir al mínimo la ansiedad, tristeza, estrés, melancolía de las pacientes. Es necesario además evitar en las pacientes con depresión posparto el consumo de sustancias tóxicas que alteren el estado mental, social y psicológico de la paciente.

Dado que las pacientes con depresión posparto tienen riesgo de demoler la vida de la madre, así como la de la pareja, infante y familia, tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Alteración en la relación madre-hijo. La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva. Alteraciones en el desarrollo cognitivo,

Socialización deficiente, Alteraciones en la dinámica familiar; por tanto, estas alteraciones deberán ser evaluadas por parte de la enfermería a través del test de Edimburgo. La enfermera debe aplicar un cuestionario llamado Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés). El EPDS tiene 10 preguntas sobre su estado de ánimo y sus sentimientos de ansiedad. Además, puede hacerle otras preguntas aparte de las del EPDS. También puede pedir un análisis de sangre para averiguar si otro problema, como enfermedad de la tiroides, puede estar causando la depresión. Una vez aplicado el cuestionario la enfermera vigilará estrechamente la paciente y pondrá mucho interés en el énfasis de la búsqueda asertiva de signos y síntomas que determinan la depresión posparto.

#### En docencia

El aspecto docente de las intervenciones de la enfermera especialista, incluye la enseñanza y el aprendizaje del paciente y la familia. Para ello la enfermera debe explicar a la paciente el funcionamiento del sistema endocrino para poder explicar el funcionamiento y producción de las distintas hormonas y que estas realicen determinadas funciones. Actúan como coordinadores y reguladores de numerosas funciones del organismo con la finalidad de lograr que todos los sistemas funcionen correctamente y que gracias a su funcionamiento podemos describir algunas de las posibles causas u orígenes de la depresión posparto, los fármacos que se utilizaran son de importancia que la paciente los conozca y por qué se utilizan y como es que actúan en el sistema endocrino de la mujer.

La parte fundamental de la capacitación que reciben las pacientes es la modificación de los factores de riesgo que son necesarios cambiar para lograr la salud del paciente en los que incluyen; los Factores psicológicos El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito. Los Factores de morbilidad en los que se deberán evitar la Morbilidad materna. Factores psicosociales y sociodemográficos; La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de

padecer estos trastornos. Para las pacientes que sufren depresión posparto deberán tener conocimiento que el abuso y consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, la inasistencia a periódicamente a ginecología, un embarazo en la adolescencia no planeado, afectaran su estado mental, por lo es necesaria hacerlo de su conocimiento para evitarlo y motivar para mejorar su estado mental.

El conocimiento de los fármacos prescritos es también indispensable enseñarles a las pacientes porque con ello se enterarán de los beneficios que se espera de su uso, la dosis, los momentos concretos para tomar los medicamentos y los efectos colaterales. De manera adicional, las sesiones de enseñanza y asesoría también van dirigidas a los miembros de la familia a quienes debe explicárseles el trastorno y las medidas preventivas necesarias para enfrentar la depresión posparto.

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 ya que pueden conocer a otras mujeres que sufrieron el mismo problema y recibir apoyo emocional. Desde luego enseñarles a las pacientes con depresión posparto los métodos de reducción del estrés que es muy importante para mantenerlas activas y relajadas.

#### En la administración

La enfermera ha recibido durante la carrera enseñanzas de administración de los servicios. Por lo que es necesario que la enfermera planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de enfermería en beneficio de los pacientes. De esta forma y con base en los datos de la valoración y de los diagnósticos de enfermería, entonces la enfermera planea los cuidados, teniendo como meta principal el que la paciente tenga una evolución clínica positiva que permita su mejoría y pronta rehabilitación.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

### 10.1 Básica

- Alexis, D. B. (20 de Febrero de 2015). CONRICyT. Obtenido de CONRICyT:
- Almario, L. B., & Balserio Almario , L. (2010). Guia metodologica para la elaboracion de las tesinas . En L. B. Almario, Guia metodologica para la elaboracion de las tesinas (pág. 111). mexico: Trillas .
- Ayala, M., & Ayala , M. (15 de septiembre de 2020).
- F, C. .. (15 de Septiembre de 2013). FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO. Obtenido de FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO:
- Jurídica, .: S. (07 de abril de 2016). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE. Obtenido de NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE: [cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20](http://cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20)
- Sampieri, R. h., & Hernandez Sampieri , R. (2014). Metodologia de la investigacion . En R. H. Sampierie, Metodologia de la investigacion (pág. 634). Mexico : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA .
- Tamayo, t. .. (2007). metodologia de la investigacion . En T. M. Tamayo, Metodologia de la investigacion . Mexico : Mc Graw. Hill
- Acero, G. (2001). La cultura fiscal en Mixico. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Celaya, Celaya, México.
- Ackoff, R. (1967). The design of social research. Chicago: University of Chicago.
- Alvarez-Gayou, J. L. (2003). Como hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. México: Paid6s.
- Alvarez-Gayou J. 1. (2005). R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado y P. Baptista. México: McGraw-HillInteramericana Editores.
- Alvarez-Gayou, J. 1., Espinosa, J. A\_ Y Millan, P. (2005).

- Amate, F. y Morales, C. (2005). El estado de las personas con capacidades diferentes en Celaya. Manuscrito no publicado, Universidad de Celaya, México. American Educacional Research Association (AERAJ. American Psychological Association (APA) y National Council on Measurement in Education (NCME) (1999). Standards for educacional and psychological testing. Recuperado el 10 de febrero del 2002, de American Psychological Association (2001). Publication manual of the American Psychological Association (Sa. ed.). Washington, DC, EE. UU.: American Psychological Association.
- American Psychological Association (2002). Manual de estilo de publicaciones de 10 American Psychological Association (2a. ed.). México: El Manual Moderno.
- Anastas (2005). Observación. En R. M. Grinnell y Y. A. Unrau (Eds.). Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches (7a. ed. pp. 213-230). Nueva York: Oxford University Press.
- Anastasi, A. y Urbina, S\_ (1997). Psychological testing (7a. ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Archivos Hispanoamericanos de Sexologia (2005, julio, comunicaci6n personal). Normas de los autares. Instituto Mexicano de Sexologia. Recibido por petici6n el 6 de julio del 2005.
- Arnau-Gras, J. (1981). Métodos de investigaci6n en las ciencias humanas. Barcelona: Omega.
- Babbie, E. R. (2001). The practice of social research (9a. ed.). Belmon: Wadsworth Publishing Company.
- OMS. Prevenci6n de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de polítics: informe compendiado / un informe de la Organizaci6n Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboraci6n con el Centro de Investigaci6n de Prevenci6n de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004 Organizaci6n Mundial de la Salud [Consultado el 4 de mayo de 2017].

- Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depresión, gender and the treatment gap in México. *J Affect Disord* 2012; 138 (1-2): 165-169.
- Lacunza I, Martínez-Cengotitabengoa M. Pregnancy Depression from a Gender Perspective. En: Sáen- Herrero M, Editor. *Psychopathology in women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Suiza: Springer; 2015. p. 451-479.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- O' Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9: 379-407.
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Segunda edición*. Barcelona, España: Editorial Masón; 2003.
- Beck, C. T. Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines* 1999 (3):41-44.
- Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care*. 2009 Mar; 36(1):151-65.
- Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ*. 2008 Aug 8;337:a736.
- O'Hara, MW. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 2009, vol. 65, núm. 12, p. 1258-1269  
Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 May; 15(4):352-68.
- Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry*. 2009 Apr;166(4):405-8.  
O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(1):1-52.
- Gaynes B, Meltser-Brody S, Lohr K, Swinson T, Gartlehner G, Brody S. Perinatal Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Report 2005.

- Ocampo R, Heinze G, Ontiveros M. Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría*. 2007;23(1):18-22.
- Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martin JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders* 2015; 175: 18-24.
- Alvarado-Esquivel C, Sifuentes Álvarez A, Estrada Martínez S, Salas Martínez C, Hernández Alvarado B, Ortiz Rocha S et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. *Gac Med Mex*. 2010;146(1):1-9.
- Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 1998; 10:13-29.
- Altshuler L, Burt VK, McMullen M, et al. Breastfeeding and sertraline: a 24-hour analysis. *J Clinl Psychiatry* 1995; 56:243-5.
- Alvarado R, Bosh C, Castillo M, Espinoza F, Jadresic E, Rayo X, et al. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión*. Santiago, Chile: MINSAL; 2009.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for depression during and after pregnancy. Committee Opinion No. 453. *Obstet Gynecol* 2010;115:394-5.
- Reaffirmed2012\_Obstetric\_Practice/Screening\_for\_Depression\_During\_and \_After\_Pregnancy American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *ACOG Practice Bulletin No.92*. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1001-20. Reaffirmed 2009.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IVTR*, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
- Andrews G, Jenkins R. *Management of mental disorders*. UK edn. Vol. 1. Sydney: WHO Collaborating Centre for Mental Health and Substance Misuse; 1999.

- Araya R, Wynn R, Lewis G. A comparison of two psychiatric case finding questionnaires (GHQ – 20 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:168-73.
- Arck PC. Stress and pregnancy loss: role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol* 2001a; 46:117-23. Arck PC, Rose M, Hertwig K, et al. Stress and immune mediators in miscarriage. *Hum Reprod* 2001b;16:1505-11.
- Armstrong K, Edwards H. The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *Int J Nurs Pract* 2004;10(4):177-94.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validation study. *Br Med J* 2005; 331:884-6.
- Austin M-P. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress depression and anxiety: where to from her *Arch Women’s Ment Health* 2004;7:1-6.
- Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, et al. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Hum Dev* 2005a;81(2):183-90.
- Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, et al. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection, *Arch Womens Ment Health* 2010 Mar 16. [Publicación electrónica previa a la imprea].
- Austin M-P, Highet N and the Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative; 2011.

## 10.2 Complementaria

- Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275-285.
- Burt, Vivien K; Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental de la mujer. Barcelona, España: Ars Médica, 2007
- Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la página <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo2000/452-456.pdf>
- Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes *Acta Paediatr.* 2007; 96: 590-594.
- Gómez Alcalde, María Soledad. Patología psiquiátrica en el puerperio. *Revista de Neuro Psiquiatría* 2002; 65: 32-46.
- Leal Cercós, Carmen. Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona, España: Masson, 2000.
- Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a metaanalytic review. *Clin Psychol Rev.* 2000; 20: 561-292.
- Maradiegue Montero, Susana. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre el 2000-2007. Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado, San José, C.R, 2010
- Nacional Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Clinical Guideline* 2007; 45.
- Oviedo Lugo, Gabriel Fernando; Mondragón Jordán. Valeria. Trastornos afectivos posparto. *UNIVERSITAS MÉDICA* 2006 VOL. 47 Nº 2: 131-140.

- Peña, Diana Marcela, Calvo, José Manuel. Aspectos clínicos de la depresión posparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la página Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
- Seyfried L, Marcus M. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231- 242.
- Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 2010;303: 1961-1969.
- Ogrodniczuk JS, Oliffe JL. Men and depression. *Can Fam Physician*. 2011; 57: 53-5.
- Espíndola J G, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P & Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología.
- *Perinatología y reproducción humana*, 2004; 18(3), 179-186.54.
- Juárez I, Santos R, & Lara A. Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Reporte Preliminar. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 2009 42(1-4), 1-6.
- Alvarado-Esquivel C, Sinfuentes - Alvarez A, Salas Martínez C. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2014;6(5):374-378.
- Lara M, Navarrete L. Detección de depresión en las mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*. 2012; 35(1):57-62.57.
- Ibarra-Yruegas B, Lara M. A, Navarrete L, Nieto L, & Kawas Valle O. Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology*, 2016 1359105316658969.

- Lara M A, Navarrete L, Navarro C, Le, H.N. Evaluation of the Psychometric Measures for the Postpartum Depression Screening Scale-Spanish Version for Mexican Women. *Journal of Transcultural Nursing* 2013; 24(4), 378-386.
- Sockol L E, Epperson C N & Barber, JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2013; 33(8), 1205-1217.
- Sociedad Marcé española (Mares) España. [Consultado el 4 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www. sociedadmarce.org/dia-mundial-salud-mentalmaterna.cfm](http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-salud-mentalmaterna.cfm)
- Riman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, Saxena S, Waheed W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle income countries: a systematic review and meta-análisis. *Bull World Health Organ.* 2013,1;91(8):593-601.
- Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122(1-2):109-117.
- Lara MA, García HT. Prevención de la depresión posparto: Intervención psicoeducativa. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. 2013.
- Lara MA, García HT. Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. México: Editorial Pax 2009.
- Miller BJ, Murray L, Beckmann MM, Kent T, Macfarlane B. Dietary supplements for preventing postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,2013; 10. Art. No.: CD009104. DOI: 10.1002/14651858.CD009104.pub2.
- Álvarez M, Alveano, J, Robinson, FA. (Dir.) Ácidos grasos omega-3 en gestantes y síntomas depresivos en el postparto, [Tesis de maestría en Ciencias de la Salud]. Morelia, Michoacán, México: Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2015.

- NICE. Antenatal and Postnatal Mental Health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. The British Psychological Society, Great Britain by Alden Press. 2007. Disponible en: Britain by Alden Press. 2007.
- García L, Ortega-Soto H, Ontiveros M, Cortés J. La incidencia del depresión en el postparto. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1991;2:54-59.
- Álvarez E, Ponce R, Irigoyen C. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familia en México. *Arch Med Fam.* 2008;9(4):133-136.
- Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García- Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev En Méd Quir* 2015; 20:18-23.
- De Castro F, Hinojosa-Ayala N, Hernández-Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32(4):210-217.
- De Castro F, Place J M S, Billings D L, Rivera L., & Frongillo, E.A. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role o sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Women's Ment Health* 2015; 18(3), 463- 471.
- Almanza-Muñoz J J, Salas-Cruz CL. and Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex* 2011; 65.3: 78-86.
- Cox JL, Holden JM and Sagovsky R .Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-786.

## 10.3 Electrónica

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
- <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>
- <http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/enlaces/articulo.asp?i=3125>
- [https://www.ecured.cu/Depresi%C3%B3n\\_post\\_parto](https://www.ecured.cu/Depresi%C3%B3n_post_parto)
- <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-postparto.pdf>
- [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2\\_depresionpostparto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2_depresionpostparto.pdf)
- <https://www.guiainfantil.com/embarazo/depresion/como-afecta-la-depresion-posparto-al-desarrollo-y-sueno>  
[bebe/#~:text=La%20depresi%C3%B3n%20posparto%20](https://www.guiainfantil.com/embarazo/depresion/como-afecta-la-depresion-posparto-al-desarrollo-y-sueno#~:text=La%20depresi%C3%B3n%20posparto%20)
- <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n3/art08.pdf>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/docencia4.pdf>
- <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94522>
- <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94522#~:text=Las%20investigaciones%20revelaron%20que%20la,s%C3%ADntomas%20resivos%20e>
- <https://www.larazon.es/familia/la-lactancia-como-farmaco-en-la-depresion-postparto->  
[KC18926963/#~:text=Por%20su%20parte%2C%20la%20oxitocina,ambos%20integrantes%20de%20la%20diada](https://www.larazon.es/familia/la-lactancia-como-farmaco-en-la-depresion-postparto-KC18926963/#~:text=Por%20su%20parte%2C%20la%20oxitocina,ambos%20integrantes%20de%20la%20diada)
- [http://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia\\_para\\_psiquiateros.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia_para_psiquiateros.pdf)
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af193d.pdf>
- <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1266/TFG%20Carrasco%20Hern%C3%A1ndez%20Rufina%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [file:///C:/Users/Windows%2010%20Pro/Downloads/36Texto%20del%20art%C3%83%20culo-382-1-10-20150713%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%2010%20Pro/Downloads/36Texto%20del%20art%C3%83%20culo-382-1-10-20150713%20(1).pdf)

- <file:///C:/Users/Windows%2010%20Pro/Downloads/ingles%208/depresion%20tesis%20unaam.pdf>
- [file:///C:/Users/Windows 10 Pro/Desktop/wero/0710590.pdf](file:///C:/Users/Windows%2010%20Pro/Desktop/wero/0710590.pdf)
- [https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/19-mh-8079spdf\\_159009.pdf](https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf)
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
- <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
- <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/paginas/understanding-motherhood-and-mood-baby-blues-and-beyond.aspx#:~:text=Tipos%20de%20depresi%C3%B3n%20durante%20y,ayuda%20para%20todos%20estos%20casos>
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134o.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms188b.pdf>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
- <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>

## 11. GLOSARIO

### A

- **Aborto:** interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno
- **Ansiedad:** es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés.
- **Anhenomia:** Incapacidad para experimentar placer sexual y llegar al orgasmo.
- **Ansiolítico:** Medicamento que se usa para tratar los síntomas de ansiedad, como los sentimientos de temor, terror, incomodidad y tirantez muscular, que se pueden presentar como reacción a la tensión.
- **Autocuidado:** es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.
- **Angustia:** Estado de intranquilidad o inquietud muy intensas causado especialmente por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro.
- **Agonista:** es aquella sustancia que es capaz de unirse a un receptor celular y provocar una acción determinada en la célula generalmente similar a la producida por una sustancia fisiológica.
- **Antitiroglobulina:** es un examen para medir los anticuerpos contra una proteína llamada tiroglobulina.
- **Anglosajona:** término que designa a los pueblos germánicos que invadieron el sur.

### B

- **Benzodiacepinas:** Tipo de medicamento que se usa para aliviar la ansiedad y el insomnio (dificultad para dormir)

- **Baby blues:** describe el estado emocionalmente lábil experimentado por la mayoría de las mujeres después del parto.

## C

- **Craneana:** es el espacio formado en el interior del cráneo. E
- **Cesárea:** a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.
- **Comórbida:** La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- **Coadyuve:** Contribuir o ayudar a la consecución de una cosa.
- **Cognitiva:** Del conocimiento o relacionado con él.
- **Cohorte:** es un grupo que forma parte de un ensayo clínico o estudio al que se observa durante un período de tiempo.

## D

- **Desesperanza:** La desesperanza es el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una determinada situación o de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida.
- **Disfórico:** se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud.
- **Dopaminérgico:** sustancias o acciones que incrementan la actividad relacionada con la dopamina en el cerebro.

## E

- **Electroencefalográficos:** Actividad cerebral registrada por electroencefalograma. Un electroencefalograma registra la actividad

eléctrica del cerebro a través de electrodos que se fijan en el cuero cabelludo.

- **Episodio:** Hecho o suceso que, junto con otros, con los que está relacionado, forma un todo o un conjunto
- **Embrión:** En los seres vivos de reproducción sexual, óvulo fecundado en las primeras etapas de su desarrollo
- **Embarazo:** es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir.
- **Emesis:** Vómito (expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago).
- **Esteroides:** son compuestos orgánicos derivados del núcleo del ciclopentanoperhidrofenantreno o esterano, que se compone de vitaminas y hormonas formando cuatro anillos fusionados, tres con seis átomos y uno con cinco; posee en total 17 átomos de carbono.
- **Estrógeno:** son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.
- **Euforia:** Estado del ánimo propenso al optimismo que, como fenómeno patológico, se observa en algunas intoxicaciones y enfermedades del sistema nervioso.
- **Estriol:** El estriol es un metabolito del estradiol.
- **Expansión:** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.

## F

- **Familiograma:** es un instrumento de trabajo imprescindible para todo médico de familia, ya que nos permite conocer datos de la familia con tan

solo verlo, obtener información de sus integrantes y las relaciones que mantienen a lo largo de varias generaciones.

- **Fetidez:** Olor desagradable e intenso de una cosa.
- **Feto:** se le denomina a un bebé antes de su nacimiento, que se desarrolla y crece en el interior del útero (matriz). El período fetal empieza ocho semanas después de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide y termina en el momento del nacimiento.

## G

- **Genograma:** es una representación gráfica de las relaciones familiares y el historial médico de una persona.
- **Gonadales:** son los órganos generadores de gametos o células sexuales (los órganos equivalentes de las plantas se llaman gametangios)
- **Gravidez:** Tiempo que dura este estado

## H

- **Hepatotoxicidad:** se define como la lesión o daño hepático causado por la exposición a un medicamento u otros agentes no farmacológicos.
- **Heteroagresividad:** es un tipo de agresividad que se refiere a todas las conductas agresivas que se caracterizan por dirigirse hacia otra persona.
- **Hipocondriaco:** es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo.
- **Hipofunción:** Disminución de la función normal de un órgano o de una parte de él.
- **Hipersomnia:** es un trastorno del sueño en el que la persona está excesivamente somnolienta (hipersomnia) durante el día y tiene una gran dificultad para despertar del sueño.
- **Hipocondriacos:** tiene relación con este trastorno mental.

- **Hipótesis:** es una afirmación sobre un parámetro que sucede de la población, y se representa con H.
- **Hipofunción:** Disminución de la función normal de un órgano o de una parte de él.
- **Hiperprolactinemia:** la elevación persistente de los niveles circulantes de prolactina (PRL) por arriba del nivel superior normal, habitualmente  $\geq 20$ -25 ng/ml (888-1.110 pmol/L).
- **Hitos:** Acontecimiento puntual y significativo que marca un momento importante en el desarrollo de un proceso o en la vida de una persona.
- **Hostilidad:** indicador de una enfermedad subyacente cuando los sentimientos se vuelven excesivos, en todo momento e interfieren con la vida cotidiana.

## I

- **Idiatorio:** Incapacidad para ordenar de manera correcta una serie de movimientos o acciones que conducen a un objetivo
- **Insomnio:** trastorno del sueño común
- **Insidioso:** Que contiene un engaño oculto o disimulado para perjudicar a alguien.
- **Ictericia:** Coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos.
- **Imprescindible:** Que es o se considera tan necesario que no se puede prescindir de él o no se puede dejar de tener en consideración.
- **Intrapsíquicos:** Que ocurre dentro de la mente o psique.
- **Inmunosupresor:** Sustancia que disminuye la respuesta inmunitaria del cuerpo. Reduce la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones y otras enfermedades, como el cáncer. Los inmunodepresores se pueden usar

para impedir que una persona rechace un trasplante de médula ósea o de un órgano.

## J

- **Jacoso:** Que contiene, implica o denota una mezcla de broma y burla.
- **Juicio:** Opinión razonada que alguien se forma sobre una persona o una cosa.
- **Juzgar:** Deliberar un juez, un tribunal o quien tiene autoridad para el caso acerca de un asunto o de las acciones de una persona y emitir sentencia o dictamen sobre ello.

## K

- **Kantismo:** basado principalmente en la crítica del conocimiento.
- **Kinesiología:** Conjunto de métodos curativos que se emplean para restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano, y conocimiento científico que se tiene de estos métodos.
- **Kinesiólogo:** estudio del movimiento.

## L

- **Labilidad:** se refiere a algo que está en constante cambio o es probable que sufra un cambio.
- **Lactancia:** es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.
- **Lactante:** Se define la etapa que se inicia a los 28 días de vida del niño y finaliza a los 2 años de edad.

## M

- **Maniacos:** Humor muy elevado y alborotado, generalmente asociado con el trastorno de bipolaridad.

- **Maternaje:** se define como las capacidades que tiene la madre, tales como ponerse en el lugar del bebé e identificarse.
- **Masoquista:** Perversión sexual de quien goza con verse humillado o maltratado por otra persona.
- **Minusvalía:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- **Menopausia:** Desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer; cuando es natural, normalmente tiene lugar entre los 40 y los 50 años. Período en la vida de la mujer en el que deja de menstruar con regularidad.
- **Melancolía:** Estado anímico permanente, vago y sosegado, de tristeza y desinterés, que surge por causas físicas o morales, por lo general de leve importancia.
- **Menstruación:** es el sangrado vaginal normal que ocurre como parte del ciclo mensual de la mujer
- **Modulación:** consiste en variar un parámetro que está en la onda portadora en función de las alteraciones de la señal moduladora.
- **Monoparental:** Que cuenta con solo uno de los padres.

## N

- **Neonato:** Es un bebé de 4 semanas o menos también se denomina recién nacido.
- **Narcicismo:** es el amor que se dirige un sujeto a sí mismo
- **Neurológicos:** son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos.
- **Nosocomio:** Hospital

- **Neurovegetativos:** Conjunto de signos y síntomas agudos, mediados por el sistema nervioso y caracterizados por palidez, sudación, hipotensión.
- **Neurohormonal:** sustancias químicas producidas por células nerviosas.

## O

- **Obstetricia:** a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio

## P

- **Parto:** al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.
- **Perjuicio:** es el proceso de formación de un concepto o juicio sobre alguna persona, objeto o idea de manera anticipada
- **Pesquisa:** Investigación que se hace de una cosa para descubrir o averiguar algo, en especial la que realiza la policía.
- **Puerperio normal:** al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
- **Puerperio inmediato:** al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio mediato:** al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.
- **Puerperio tardío:** al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto  
Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda

o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Prenatal: es el proceso en el que un embrión o feto humano se gesta durante el embarazo, desde la fecundación hasta el nacimiento.

- **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
- **Psicosis:** el resultado de un trastorno psiquiátrico, como la esquizofrenia. En otras ocasiones, puede ser ocasionada por un trastorno de la salud, por medicamentos o por el uso de drogas.
- **Puérpera:** Mujer que hace muy poco que ha parido.
- **Psicóticos:** Trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad
- **Psicomotora:** De la motilidad y los factores psicológicos que intervienen en ella, condicionando su desarrollo, o relacionado con ella.
- **Primigestas:** mujer que está embarazada por primera vez.
- **Precoz:** Que ocurre o sucede antes del tiempo que se considera habitual o necesario.

## Q

- **Quimera:** Sueño o ilusión que es producto de la imaginación y que se anhela o se persigue pese a ser muy improbable que se realice.
- **Quinoa:** se refiere a una planta cuyas semillas y hojas pueden comerse.

## R

- **Rehuirla:** Evitar o eludir algo o a alguien por algún temor, sospecha o recelo.
- **Reiteración:** es la forma sustantiva del verbo reiterar, que quiere decir repetir algo

- **Recaídas:** es aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por la enfermedad de la que estaba convaleciente.

## S

- **Secuelas:** Lesión o afección que surge como consecuencia de una enfermedad o un accidente.
- **Sertralina:** Se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo.
- **Subumbrales:** todo aquel cuya presentación fuera de baja intensidad o frecuencia y que permaneciera en un nivel subclínico, es decir, sin impacto significativo en el funcionamiento global del individuo.
- **Serotonina:** Hormona que se encuentra en el cerebro, las plaquetas, el tubo digestivo y la glándula pineal
- **Sumisas:** ser humilde, dócil, obediente, subordinada, rendida o subyugada ante otra persona, bien sea su jefe, pareja, amigo u otro.
- **Síntomas:** es la referencia subjetiva u objetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.
- **Sintomatología:** Conjunto de síntomas con los cuales se presenta una enfermedad.

## T

- **Tanatos:** es la pulsión de muerte, que se opone a Eros, la pulsión de vida. La pulsión de muerte, identificada por Sigmund Freud, señala un deseo de abandonar la lucha de la vida y volver a la quiescencia y la tumba.
- **Temperamento:** es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación
- **Triptófano:** es un aminoácido necesario para el crecimiento normal en los bebés y para la producción y mantenimiento de las proteínas, músculos, enzimas y neurotransmisores del cuerpo

- **Tirotoxicosis:** se define como el exceso de hormonas tiroideas en nuestro torrente sanguíneo.
- **Tiroidea:** es una glándula en forma de mariposa ubicada en el cuello, justo arriba de la clavícula.

## U

- **Umbral:** deriva de la palabra lumbral, y esta a su vez del término en latín liminaris, que significa liminar o lo que está primero.

## V

- **Vasopresina:** Hormona del lóbulo posterior de la hipófisis, que aumenta la tonicidad de los vasos y disminuye el volumen de la orina.
- **Venlafaxina:** es un antidepresivo de la clase inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- **Visibilidad:** es la cualidad perceptible, que permite ver objetos a una determinada distancia.
- **Vulnerabilidad:** la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.
- **Verídica:** es un adjetivo que refiere a aquél o aquello que dice o que incluye verdad.

## Z

- **Zambullir:** Meter con ímpetu algo o a alguien dentro del agua u otro líquido.
- **Zalamero:** Que demuestra cariño de una forma exagerada y a veces empalagosa, generalmente para conseguir algo.