



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

VALVERDE MILLAN MARIANA

308332416

ASESORADA POR

DRA MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL



CIUDAD DE MÉXICO, 2016



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la vida, por darme la capacidad, la salud y la experiencia necesarias para llegar hoy aquí.

A mi familia, por una vida de lucha, sacrificio, esfuerzo y apoyo constantes, quiero que sepan que este logro mío es también de ustedes.

A la universidad, por darme las herramientas necesarias, por ser tan noble con sus estudiantes y por ser la mejor a nivel internacional.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos y experiencias a través de estos semestres.

DEDICATORIA

A mi padre, por ser mi mentor, mi maestro y mi guía en esta vida.

A mi madre, por ser mi soporte y levantarme en los momentos más difíciles.

A mi hermano, porque gracias a ti sé que nunca estaré sola.

A ella. Siempre hazlo por ella.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVO	6
IV. METODOLOGÍA	7
V. MARCO TEÓRICO	8
5.1 Depresión	8
5.2 Tristeza Postparto	12
5.3 Depresión Postparto	14
5.4 Factores de riesgo	17
5.5 Etiología	18
5.5.1 Factores Biológicos	18
5.5.2 Factores psicológicos	18
5.5.3 Aspectos culturales y sociales	19
5.5.4 Otros factores	19
5.6 Síntomas	20
5.7 Diagnóstico	23
5.8 Tratamiento	25
5.9 Complicaciones	27
VI. REVISIÓN DE LA LITERATURA	28
VII. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	31
7.1 Intervenciones	31
7.2 Promoción	32
7.3 Prevención	33
7.4 Alojamiento conjunto	36
7.5 Proceso de asistencia en el puerperio	37
7.6 Maternidad	41
VIII. CONCLUSIONES	43
IX. ANEXOS	45
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	58
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos más comunes y en el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. La Organización Mundial de la Salud reporta que 121 millones de personas la presentan. El estudio de la OMS, en el comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de ahí que exista una mayor necesidad de buscar alternativas para atender a esta población. De acuerdo con la información que se obtuvo en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años.¹

En cuanto al puerperio, nos referimos al tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. El retorno a la normalidad de los cambios gravídicos recibe el nombre de involución puerperal. El periodo de puerperio se divide según sea inmediato durante las primeras 24 horas, mediato abarcando del segundo al séptimo día y tardío del octavo hasta el día 42.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. Cerca del 80% de las mujeres sufren de algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

¹ UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México. Incidencia de la depresión postparto. 2015 [consultado el 12 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.cicssto.ipn.mx/Documents/Interno/infInteres/ColoquioPsico/17.pdf>

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad. Por el contrario, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o a falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad. Por lo mismo, hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportunos, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida. En determinados casos, como resultado de la falta de una intervención apropiada, pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo.

Debido a lo antes mencionado, actualmente los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal, por su alta frecuencia y por estar asociados a elevados índices de discapacidad en la mujer, representan un problema de salud pública.

En el presente trabajo describiremos que significa la depresión postparto, su incidencia, síntomas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y su similitud con otros padecimientos, que hace a la gran mayoría del personal de salud dar la mínima importancia a su vigilancia. De igual manera se describirán las intervenciones que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe hacer por la paciente obstétrica, desde su prevención, hasta su recuperación.

Durante el primer capítulo se abarca el tema de la depresión en general, como la patología en particular, sus antecedentes, como es que fue resurgiendo de un concepto hasta llegar a su definición psiquiátrica actual, de igual manera se habla de su incidencia a nivel mundial y nacional y el efecto que esta tiene sobre la población.

Posteriormente se describe la tristeza posparto, su definición y significado, las causas de este padecimiento transitorio en el posparto, y lo más importante, se describe su diagnóstico diferencial con la depresión postparto. Siguiendo así con la definición de la depresión postparto, su incidencia y trascendencia, sus factores

de riesgo y etiología, consecutivamente se enlistan y describen a detalle los síntomas específicos que se presentan, su diagnóstico y los instrumentos que se utilizan para este, llegando así por ultimo a su tratamiento y las posibles complicaciones que puede presentar si no es tratado en tiempo y forma.

A continuación se hace una pequeña revisión de la literatura, en la que se tomaron fragmentos de algunos artículos que fueron publicados recientemente acerca de la DPP, a los cuales se hace un análisis breve de contenido.

En el capítulo siguiente, continuamos con las intervenciones de enfermería, comenzando por los objetivos que deben cumplirse, dando siempre una asesoría y consejería constante tanto a la paciente como a las personas que se encuentran alrededor de ella, consecutivamente se puntualiza la promoción y prevención, que como personal de enfermería nos concreta, posterior a ello se describe el proceso asistencial para la atención de la paciente obstétrica que optimizará su recuperación, así como las intervenciones asistenciales como el asesoramiento a su familia, el favorecimiento al alojamiento conjunto, entre otras.

Finalizando así con las conclusiones generales del presente trabajo, en las cuales puntualizamos la importancia que se debe proveer al estado de salud psicológico de una mujer que acaba de convertirse en madre.

II. JUSTIFICACIÓN

La puérpera necesita pasar por un proceso de restablecimiento físico, y emocional. El hecho de transformarse en madre hace surgir actitudes, opiniones, responsabilidad y relaciones nuevas, se reorganiza la familia y la identidad personal de la mujer. Es necesario que diferencie con claridad entre las fantasías y la realidad, en la función materna, quizá se sienta culpable por cuidar de sí misma y sentir que siempre queda algo pendiente de hacer en casa.

El tiempo es el factor importante en la adaptación de la madre y la unión de las fantasías con la realidad. Sin embargo, resulta de mucha mayor importancia preparar al personal de salud eficientemente para prevenir, identificar y tratar a mujeres en edad fértil con trastornos psicológicos postparto.

Los profesionales de la salud pueden llegar a subdiagnosticar (en cerca del 50% de los casos) o confundir dichas patologías. La mayoría de los investigadores concuerdan en que la tristeza postparto (TPP) se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz.² En cuanto a la depresión postparto se refiere (DPP), se estima una incidencia del 13% en las primeras 12 semanas de puerperio.¹ Sin embargo, esta cifra se incrementa hasta un 25% si ya se ha tenido un evento de depresión postparto previo. En el caso de México, la prevalencia descrita es cercana a 19% en la segunda semana después del parto y a 22.5% a las cuatro semanas del mismo.³ Ésta es una de las razones fundamentales para buscar estrategias de tratamiento preventivo en nuestro país.

² Arranz Lara, L. et.al. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. Revista mexicana de Ginecología y Obstetricia [internet] 2008 [consultado el día 12 de Julio de 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom086h.pdf>

³ Espíndola J, Morales F. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Revista mexicana de Perinatología y Reproducción Humana [internet]. 2004 [consultado el día 12 de julio de 2016] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?!DARTICULO=21431>

La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25% en México el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión posparto.

En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología, lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas. Se ha establecido una alta morbilidad de este problema, con consecuencias tanto para la madre como para el hijo y la familia. El binomio madre-hijo se verá afectado negativamente, con efectos a futuro para el hijo, como inseguridad, alteraciones en las emociones sentimentales y alteraciones en la interacción social.⁴

Desafortunadamente la información particular sobre el tema no es lo bastante extensa. Se le da una menor importancia al estado de salud psicológico de la paciente obstétrica. El presente trabajo es realizado con la intención de dar una llamada de atención a las instituciones, para ampliar su criterio y dar la vigilancia suficiente a este tema.

Durante la búsqueda del tema para su transcripción se hallaron dificultades en cuanto a una cifra epidemiológica concreta, es posible que esto se deba a un censo incorrecto tanto por parte de los sistemas de salud que no le dan la importancia suficiente, o bien, las pacientes que se sienten avergonzadas, cohibidas y señaladas si expresan su sentir durante esta etapa.

⁴ Espíndola J, Morales F. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Revista mexicana de Perinatología y Reproducción Humana [internet]. 2004 [consultado el día 12 de julio de 2016] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?!DARTICULO=21431>

III. OBJETIVO

Dar a conocer al personal de salud, un lado más profundo de la depresión postparto, para ser capaz de identificar, orientar y ayudar a las mujeres que la padecen o están en riesgo de padecerla, de esta manera, reducir el porcentaje considerable de pacientes obstétricas afectadas, así como evitar sus complicaciones y prestar la importancia que amerita la atención a la salud psicológica de estas, que es parte de un cuidado holístico.

IV. METODOLOGÍA

La selección del presente trabajo fue en base a experiencias personales y debido a la justificación mencionada anteriormente, se puso a discusión con la asesora del mismo y se comenzó con la búsqueda de información. Su abordaje teórico está basado en el análisis de 2 testimonios, extraídos de una fuente electrónica, reafirmado y adicionado con testimonios reales de personas cercanas.

Se realizó mediante una investigación exhaustiva en libros especializados de medicina, enfermería y psicología, artículos médicos, de enfermería, psicológicos y de interés público, y publicaciones lo más actualizadas posibles, relativos al tema. Se acudió a instituciones tales como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia “Graciela Arroyo de Cordero”, entre otras. Se recabó la mayor cantidad de información posible. Se analizó cada uno de los textos seleccionados, se comparó, identificó las similitudes y se llegó a una conclusión final, se transcribió y redactó.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 DEPRESIÓN

La depresión (del latín depressus, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene conocimiento. Inicialmente fue denominada melancolía, sin embargo, no representan lo mismo. Usualmente, el término 'melancolía' tiene su origen en Hipócrates, y continuó usándose hasta el Renacimiento. Recién en el año 1725 el británico Richard Blackmore rebautizó ese mal con el término vigente de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, oscilaban entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico.

Con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más. La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o límite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.⁵

A lo largo de la historia, el término "depresión" fue manifestando su presencia a través de los escritos y de las obras de arte. Incluso, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, ya se la conocía y era catalogada entre los principales tratados médicos de la Antigüedad.

Los modelos de depresión son sistemas para la observación y el análisis de las manifestaciones psicopatológicas de la misma y son: clínico, neurofisiológico, bioquímico, comportamental y psicoanalítico. En el psicoanalítico, la melancolía

⁵ La depresión en nuestro siglo [internet] 2013 [consultado el día 8 de junio de 2016] Disponible en: <http://depresionenelsiglo20.blogspot.mx/p/historia.html>

es, para Freud, la verdadera depresión; En 1951 Schultz reduce el problema de la depresión a sólo la depresión neurótica y en 1960 Klein plantea el tema de la melancolía entre el yo y el ello.

Los modelos clínicos son los más numerosos y dispersos: El dilema psicosis/neurosis depresiva (discusión sobre si la depresión constituye una alteración psicótica o neurótica, o si existen ambas formas clínicas de depresión); el dilema de la depresión endógena/psicógena: (basada en criterio etiológico) y el dilema de las depresiones bipolares o monopulares (descrita por Leonhard en 1959, distinguía entre la alternancia de fases maníacas/depresivas y fases únicamente de depresión o manía). El Modelo Neurofisiológico trata de una vía con visión a la resolución futura del problema de la depresión, en áreas como: actividad electrodérmica, estudio electroencefalográfico del sueño, registros electroencefalográficos y la depresión y los potenciales evocados. En los modelos bioquímicos hay dos hipótesis en torno a la explicación de las bases biológicas de la depresión: la hipótesis catecolaminérgica donde en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas en determinadas regiones cerebrales y la hipótesis indolaminérgica que sostiene que hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina cerebral. En el modelo conductual, Seligman define la depresión como el estado psicológico que resulta cuando los acontecimientos son incontrolables. Para Lewinsohn se debe a una baja tasa de refuerzos positivos de las conductas del sujeto, pone énfasis en los aspectos cognitivos: una persona deprimida es la que tiene una idea negativa de sí misma, del mundo y del futuro. Murray y Champan aseguran que aunque algunos autores consideran la depresión en el postparto como un trastorno de similar frecuencia a la depresión en mujeres en cualquier otro período de la vida, esta etapa es de una vulnerabilidad mayor.

Actualmente, según el estudio “Costo Social de los Trastornos Mentales” de Pro Voz Salud Mental, -un grupo de asociaciones no gubernamentales- realizado a 4,048 trabaja-dores del sector salud durante dos años, arroja que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%). También, las personas que han sufrido depresión mayor alguna vez en su

vida, la presentan por periodos mayores a dos semanas, en una edad aproximada de 24 años, con síntomas como estado de ánimo triste o irritable, sin interés alguno, aumento o disminución de apetito, insomnio o hipersomnia, sensación de debilidad física, sentirse inútil o culpable y pensamientos de suicidio, entre otros.

A nivel mundial, más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año. En México, en 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes.⁶

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.⁷

⁶ Enfocando la depresión como un problema de salud pública en México. Artículo original. Salud Mental [internet] 2012 [consultado el día 8 de junio de 2016] Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002

⁷ Berenzon, S. et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [internet] 2013 [consultado el día 18 de junio de 2016] Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796

5.2 TRISTEZA POSTPARTO

Es importante comenzar con la descripción de la tristeza postparto, debido a que estas dos (depresión y tristeza) son usualmente confundidas, lo que lleva a subestimar o subdiagnosticar la depresión propiamente.

A continuación se transcribe un segmento de un testimonio, en el cual el nombre de la paciente fue omitido por protección de su anonimato: "...Y ahí estas tú, intentando que el bebé, que no para de llorar, agarre el pecho, y no se agarra, y si se agarra te duele, y si te duele lo quitas, llora y volvemos a empezar. Estás desvelada, llevas por lo menos 24 horas sin dormir, muchas veces sin comer, tienes dolor, usas un pañal enorme, y unas ganas de llorar que no puedes con ellas. Y no es llanto de felicidad, no, es de angustia, de estrés, de cansancio, de vergüenza, y de no sentir nada más que ganas de que se duerma tu bebé y te deje en paz por un buen rato. Pero a la vez, esa sensación de quererlo tener despierto, besarlo, abrazarlo y no soltarlo jamás.

Ese es el panorama de la púérpera, y lo peor es que no mejora, crees que en casa todo irá mejor, pero no. Tienes dolor por la herida de la cesárea o de la episiotomía, las suturas de la reparación de un desgarré, sientes ardor, no puedes sentarte, orinar o defecar, tus pechos turgentes duelen, gotean, tu bebé agarra el gusto de comer cada 15 o 5 minutos ¿no que un bebe duerme mucho? ¿No que comen cada 3 horas? Llegamos a la realidad. Las grietas de las areolas no paran de sangrar, las visitas no paran de llegar y empiezas a odiar a todo el mundo, sólo deseas que el bebé se duerma, que deje que tus grietas se cierren y que te deje dormir, aunque sea una hora.

Imaginabas que tu cuarentena seria hermosa, tú con el bebé en brazos luciendo radiante y una gran sonrisa para recibir a tus amigos y familiares, pero no, estas despeinada, con unas ojeras enormes, los pechos que revientan de leche y el bebé llorando de hambre. Sientes envidia de tus amigas, envidia de su libertad, de lo arregladas que se ven, de que ellas pueden dormir y no tienen que fajarse o ponerse cremas contra la flacidez.

No quieres estar a solas con tu bebé porque quieres ayuda y cuando tienes ayuda deseas que todos se vayan, sientes una soledad, esa es la soledad de la puérpera; una soledad cruda, triste y difícil, muy difícil. Nada es como lo habías imaginado, miras a tu bebé y aunque sientes ese amor desmedido del que tanto te habían hablado, a la vez también sientes soledad, tristeza y ganas de huir. Y, por consiguiente, te sientes la peor madre del mundo.”

Somos conscientes de que los neonatos requieren mucho cuidado, de modo que es normal que las madres se preocupen o se sientan cansadas de proporcionar cuidado a su bebé. La reacción depresiva puerperal, conocida también como baby blues o tristeza postparto, es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el posparto se debe, principalmente, a la súbita caída hormonal (estrógenos y progesterona), es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar.⁸

La paciente presenta labilidad emocional, insomnio, tendencia al llanto, ansiedad, irritabilidad y falta de concentración. Los síntomas son leves y por lo general solo duran unos cuantos días (máximo 2 semanas). Sin embargo, es necesario ejercer vigilancia por si aparecieran alteraciones psiquiátricas más graves.

A diferencia de la depresión posparto, en la que los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia. Debido a la gravedad de los síntomas, en este caso si se requiere tratamiento. La depresión posparto, que ocurre en casi el 15 % de los partos, puede comenzar un poco antes o en cualquier momento después de que nazca el bebé.

⁸ Peindl KS, Wisner KI, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. US National Library of Medicine [internet] 2004 [consultado el día 21 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15094256>

5.3 DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión posparto es un término clínico que se refiere a un trastorno depresivo mayor asociado al periodo después del parto, se define como un episodio de ánimo depresivo, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y síntomas somáticos tales como fatiga, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después.⁹ Sin embargo, el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales Cuarta Edición DSM-IV (por sus siglas en inglés Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) usa el término “depresión posparto” en referencia a los síntomas de una depresión mayor, trastorno bipolar o evento psicótico que empieza después de las cuatro semanas posteriores al parto.¹⁰ Este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente. Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo. La madre de igual manera siente un desprendimiento de su propia identidad, pierde de vista sus necesidades propias para atender las de otro ser humano, para lo que a algunas eso les genera conflicto.

El DSM-IV delimita el tiempo posparto a cuatro semanas, ya que, en este periodo hay cambios hormonales y se inicia el retroceso de los principales cambios fisiológicos. Según el DSM-IV más de la mitad de las mujeres tienen tristeza posparto, se sienten tristes y ansiosas, con deseos de llorar, se quejan de no recibir atención y tienen problemas para dormir. Esto dura una semana o dos, y comúnmente no tiene mayores consecuencias pero un 10% aproximadamente de estas mujeres tienen síntomas suficientes para que se les diagnostique un trastorno depresivo. Los elementos que intervienen en la aparición de este trastorno son: la situación de estrés, la falta de un adecuado apoyo social, la

⁹ Medina Serdán E. Diferencia entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Artículo de revisión, Perinatología y Reproducción humana [internet] 2013 [consultado el día 2 de Junio de 2016] Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tIng=pt

¹⁰ Méndez Cerezo, Álvaro. Depresión posparto y ejercicio. Artículo de revisión, Perinatología y reproducción humana [internet] 2014 [consultado el día 4 de Julio de 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006

historia previa de psicopatologías o los problemas de pareja; en investigaciones recientes se ha encontrado que el estado civil, la clase social y/o la planificación del embarazo también son factores que influyen en el desarrollo de este trastorno. Para el diagnóstico de la depresión posparto hay un aspecto fundamental que permite anticiparse a la evolución del paciente, este es la capacidad de predicción del clínico que se refiere a detectar un cierto orden de pautas en la historia previa y en el síndrome actual del paciente.

La depresión posparto no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. Es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante. De 5 a 25% de las mujeres padecen DPP y se le considera la causa principal de enfermedad relacionada con discapacidad en mujeres, así como la complicación más común y más seria del parto. En México ha sido poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor).¹¹

Actualmente en México hacen falta estudios suficientes acerca de la depresión post-parto, de sus factores asociados y del número de casos con las características de esta en poblaciones distintas por lo que, esta investigación pretende adentrarse en este ámbito comenzando con una descripción acerca de la incidencia y la prevalencia de este tipo de depresión.

A pesar de la frecuencia de este trastorno y los instrumentos disponibles para detectarlo, parece que existe subregistro del mismo, explicándose esto en relación a que algunos síntomas como irritabilidad o fatiga son interpretados por la madre como “normales” durante el periodo posparto. Otra razón es la vergüenza a

¹¹ Berenzon, S. et.al. depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [internet] 2013 [consultado el día 18 de junio de 2016] Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796

padecer un trastorno psiquiátrico y el temor de las madres a que el niño herede la vulnerabilidad a un trastorno psiquiátrico.

En nuestro país, se reporta una prevalencia que va desde 13.9 hasta 32.6 %.a pesar de esta situación, se podría hablar de que cerca del 20% de las mujeres que dan a luz pueden presentar síntomas de DPP. En cuanto a la recurrencia, existe una probabilidad del 10-35% de volverla a presentar en embarazos posteriores.

Otro de los testimonios en los que está basado este trabajo, el cual se transcribe a continuación, reafirma lo descrito anteriormente: "...Lo que más abruma en las semanas después del parto no son los cuidados que demanda un recién nacido, ni siquiera el coctel de hormonas que te deja absorta durante esas semanas. Tampoco la falta de experiencia y la incertidumbre acerca de si lo estás haciendo bien o no, ni las propias dudas y comentarios de familiares bien intencionados pero que no hacen sino disparar tu propia inseguridad, tu miedo.

Es bastante más que eso, es la ruptura total y repentina con tu propia identidad, con aquello que hasta el momento de parir te había definido: tus proyectos, tus ambiciones, tu trabajo, tus amigos, tu cuerpo, y todo aquello que llamabas tuyo. Tu tiempo. Tu vida. Es mirarte al espejo mientras tu criatura esta prendada a tu pecho, y no reconocerte. ¿En qué momento te convertiste en esta mujer ojerosa que no tiene un minuto ni para darse una ducha? ¿Quién es ella? ¿Quién eres ahora? El puerperio es una etapa oscura que poco o nada te cuentan."

El nacimiento de un niño es un evento de la vida significativo, que trae cambios a la madre en cuanto a estatus y nivel de responsabilidad. Típicamente la depresión incluye características como fatiga, que aumenta conforme avanza el día, insomnio, hipersomnia, pérdida de apetito y peso, concentración pobre y disminución del interés por actividades diarias, sentimientos de incapacidad para cuidar del bebé o excesiva ansiedad por la salud del mismo.

Dichos síntomas pueden afectar el rol materno, aumentando las posibilidades de detener o perturbar el cuidado del recién nacido. Las complicaciones en la lactancia (como la suspensión prematura), la calidad emocional del cuidado del

niño, entre otras. Asimismo, se asocia con problemas maritales y con la salud mental de la pareja. La depresión materna podría poner en mayor riesgo a los niños, debido a que el medio ambiente suele ser más hostil.

En algunos casos, la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos, sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

5.4 FACTORES DE RIESGO:

- Madres adolescentes
- Problemas de pareja o ausencia del padre
- Antecedentes psiquiátricos de la madre
- Antecedentes de pérdidas
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Alteración en la función tiroidea
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo
- DPP previa
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Embarazo traumático debido a problemas médicos, emocionales o de otra índole
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Dificultades en la lactancia
- Mala salud del recién nacido
- Neonato difícil de cuidar
- Pareja presente pero que no proporcione apoyo emocional
- Falta de redes de apoyo
- Situaciones estresantes
- Dificultades económicas
- Consumo de alcohol u otras sustancias

5.5 ETIOLOGÍA

La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales, no ocurre por algo que una madre hace o deja de hacer. Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan repentinamente, esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo.¹²

La investigación sobre la etiología de la depresión postparto es poco concluyente, ya que mientras unos autores otorgan más peso a los cambios biológicos (hormonales) que ocurren al finalizar el embarazo, otros encuentran más factores psicosociales como causa principal. Existen 3 tipos de factores etiológicos.

5.5.1 Factores biológicos (cambios endocrinos)

Los niveles de prolactina se encuentran por arriba de la normalidad mientras que los niveles de estrógenos y progesterona caen abruptamente. Como ya fue mencionado en varias ocasiones, las mujeres son más vulnerables a presentar problemas depresivos y esta aumenta durante periodos específicos del ciclo reproductivo (en particular durante el puerperio). En varias investigaciones se ha hecho presente el papel de las hormonas sexuales como neuromoduladores ante la evidencia de la interacción que tienen con neurotransmisores como serotonina, dopamina, glutamato y noradrenalina, así como una modulación sobre la enzima monoaminoxidasa.

5.5.2 Factores psicológicos

Entre estos factores se incluyen: actitudes negativas respecto al cuidado del bebe, ansiedad, hostilidad durante el embarazo, excesiva atención sobre

¹² Danforth N., David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana. 4ª edición, 1987, México.

acontecimientos negativos, problemas psiquiátricos previos, relaciones sociales deficientes y estresores recientes. También influyen la percepción de sentimientos de rechazo por parte de la pareja y problemas maritales.

5.5.3 Aspectos culturales y sociales

Los mandatos sociales y culturales que determinan que las mujeres deben ser “buenas madres” y que el instinto maternal es “innato” influyen en la presencia de emociones de culpa, tristeza y soledad durante la depresión posparto y al mismo tiempo impiden una adecuada atención del padecimiento. El denominado “amor materno” es algo que se va construyendo y no es innato en las mujeres; no obstante existe una creencia social e histórica de que todas las mujeres tienen el deseo de ser madres, deben serlo y que cuando lo son de manera instantánea desarrollan conocimientos y emociones positivas respecto a sus hijas e hijos. Lo que genera “una carga” emocional en las mujeres, pues además hay una serie de ideas preconcebidas sobre lo que es “ser buena madre”, todo ello, además de constituir un factor para desarrollar la depresión posparto, determina en las mujeres sentimientos de culpa cuando no cumplen esos mandatos. A lo que se suma la dificultad a emitir diagnósticos de depresión posparto, pues se tiende a percibir como sentimientos “normales” o derivados de alteraciones hormonales.

5.5.4 Otros factores

- Madres con las que no se habla lo suficiente acerca de su maternidad
- Recibir atención profesional de poca calidad y ser atendidas por personal poco empático
- Mala relación con la pareja
- En países desarrollados, la preocupación por la edad materna, el aumento de peso y la sobrecarga de trabajo para la mujer
- El reincorpora miento a la vida laboral

5.6 SÍNTOMAS

- Tristeza
 - Cansancio
 - Ansiedad
 - Falta de interés
 - Insomnio
 - Cambios en el apetito
 - Abandono personal
 - Irritabilidad
 - Pensamientos de muerte
-
- TRISTEZA.

Es el síntoma que aparece en la gran mayoría de las depresiones, también en las depresiones postparto. La sensación general de las mujeres que la sufren es de tristeza profunda, un sentimiento de impotencia que las lleva a tener ganas de llorar la mayor parte del día (aunque, cabe destacar, hay algunas madres que pueden no sufrir ataques de llanto y tener depresión postparto). Este sentimiento de tristeza provoca grandes sentimientos de culpabilidad en las mujeres que los sufren ya que se supone que la llegada del bebé debería ser un momento feliz, alegre y de cambio positivo en la vida de cualquier madre. La sociedad nos impulsa a creer esto y las madres que ven que la realidad no se ajusta a las expectativas y que allí donde deberían sentir felicidad sienten tristeza, se sienten malas y culpables y, muchas veces, incluso desean poder volver atrás en el tiempo y no quedarse embarazadas.

- CANSANCIO.

Las semanas posteriores al parto es normal estar agotada. Todo es nuevo y el cuerpo tiene que acostumbrarse a la nueva rutina, las dificultades de sueño y los

desajustes hormonales. Todo esto hace que las nuevas madres estén por lo general, bastante cansadas.

Cuando hablamos de depresión postparto el cansancio se convierte en un agotamiento tal que puede hacer pensar a la madre y a sus allegados que padece alguna enfermedad física. No es extraño que algunas madres piensen que, de repente, tienen fibromialgia, por ejemplo, dado que sienten grandes dolores y cansancio extremo.

- ANSIEDAD.

El estado de ansiedad de la nueva madre con depresión postparto suele ser agudo, manifestándose de muchas maneras. La mujer suele sentir temor a quedarse sola con su hijo(a) ya que lo percibe como un ser misterioso y distante y se siente incapaz de satisfacer sus necesidades. Pueden llegar incluso a pedir a su pareja que no vaya a trabajar para ayudarla.

En general las madres se “enamoran” de sus pequeños y esto las lleva a desarrollar un instinto de protección muy fuerte hacia ellos. Para las madres con depresión postparto, este sentimiento de amor profundo y fascinación por la nueva criatura se establece mucho más lentamente, por lo que se sienten, en muchas ocasiones, desvinculadas afectivamente de su propio hijo. Por supuesto, los sentimientos de amor por el hijo se establecen más tarde, a medida que la DPP va remitiendo y que él bebe es un poco mayor y más interesante para la madre.

Sin embargo, hay mujeres que sufren DPP y sienten un gran amor hacia sus hijos. Es entonces cuando la ansiedad se dispara ya que la madre teme perder al bebe porque se siente incapaz de cuidarlo. Suelen darse en estos casos obsesiones con el peso, la alimentación o el llanto del bebe. En estos casos, las mujeres suelen acudir mucho al médico, aun cuando se les informa que todo va bien.

- FALTA DE INTERÉS.

La madre desarrolla una anhedonia. La mujer se siente incapaz de disfrutar con nada, no le apetece hacer las cosas que hacía antes del parto, pero tampoco las que se derivan de este. En muchas ocasiones afirman que es como “si me hubiera muerto por dentro y fuera un robot”.

Esta falta de interés y de capacidad para disfrutar es el síntoma que más afecta a la pareja, ya que engloba también, actividades cotidianas y de pareja como puede ser la intimidad.

- INSOMNIO.

La llegada de un bebe a casa debe ser entendida como el inicio de algunas noches sin dormir, en general. Los niños se despiertan en mitad de la noche exigiendo su comida y los padres están agotados durante unas cuantas semanas.

En el caso de la mujer con DPP el insomnio va más allá de los momentos en los que él bebe se despierte. Normalmente suele tener problemas para conciliar el sueño, a pesar de estar agotada física y mentalmente y, cuando consigue dormirse, se despierta con mucha facilidad.

- CAMBIOS EN EL APETITO.

Muchas veces las madres con DPP se excusan diciendo que no tienen tiempo para comer. Pero lo cierto es que no sienten la necesidad de hacerlo, no disfrutan la comida y no se sienten capaces de preparar ni comer nada.

Otras madres pueden situarse en el extremo contrario. Para mitigar su tristeza y ansiedad comen en exceso y empiezan a subir de peso, sintiéndose cada vez peor consigo mismas y haciendo que la depresión y los sentimientos de culpabilidad se vuelvan más intensos.

- ABANDONO PERSONAL.

Las madres con DPP a menudo dejan de lado su higiene personal. Se duchan, sí, pero no se arreglan, no se preocupan por su aspecto físico. Como no salen a la calle se pueden pasar el día en pijama, sin peinarse y sin maquillarse. Esto conlleva que, cuando se miran al espejo, se sientan poco atractivas pero sin ánimo para ponerle remedio.

- IRRITABILIDAD.

Este es el síntoma que, quizás, más afecta a la familia, ya que la madre suele estar irritable con su marido e, incluso, con sus otros hijos, si los tiene. Los acusa de todo, no tiene paciencia y se vuelve un poco hosca.

- PENSAMIENTOS DE MUERTE.

La desesperación de una mujer con DPP puede ser tan grande que la única vía de escapatoria que se le ocurra sea su propia muerte. A pesar de que es un síntoma relativamente común, son pocas las mujeres que acaban con su vida debido a la depresión postparto, la mayoría de ellas piensan en la muerte como una liberación, pero son conscientes de que su bebé las necesita y, muchas veces, a partir de ese pensamiento es a través del cual surge la necesidad de pedir ayuda.

5.7 DIAGNÓSTICO

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico. Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo. Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas, buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes

familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio. Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles. Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés. Hacer un examen del estado mental.

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: Structural Clinical Interview). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje 1 del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo.

En nuestro país la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) por su abreviatura en inglés: Edinburgh Postnatal Depression Scale (anexo 2), es la prueba más utilizada. Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y la rapidez y facilidad de su uso. Las preguntas de este cuestionario se refieren a un periodo de siete días previos al día de aplicación de la escala, por lo que no solo se refiere a los sentimientos en el momento de la evaluación. Cada pregunta cuenta con un puntaje de 0 a 3.

Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas. Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares. Tan temprano como sea práctico durante el embarazo y 6 a 12 semanas después de un parto, todas las mujeres deben ser cuestionadas en torno a sus ámbitos psicosociales, como parte de la atención normal. Si una mujer afirma la presencia de factores psicosociales, se debe preguntar si le gustaría obtener ayuda con cualquiera de estos temas.

En el primer contacto de una mujer con los servicios de salud, tanto en el embarazo como en el puerperio, los profesionales de la salud (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben preguntar acerca de: La existencia de una enfermedad mental grave actual o anterior, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión grave Si ha habido tratamientos previos por un psiquiatra/especialista del equipo de salud

mental, incluida la atención hospitalaria Historia familiar de enfermedad mental perinatal Otros factores determinados, como malas relaciones con su cónyuge, no se deberían utilizar para la predicción de rutina del desarrollo de un trastorno mental.

5.8 TRATAMIENTO

La depresión posparto puede prolongarse y tener un efecto perjudicial sobre la relación entre la madre y el bebé y en el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Sin embargo, la respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicosociales es buena. Antes de tomar las decisiones sobre el tratamiento, los profesionales sanitarios tendrían que valorar con la mujer los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión durante el embarazo y el período posparto.

Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, a saber: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y la lactancia) y terapias complementarias y alternativas.

Consejería/terapia de diálogo: Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental (un consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social). Los siguientes son dos tipos de consejería que han demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión posparto: – la terapia cognitiva-conductual (TCC), que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas; y – la terapia interpersonal (TIP), que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas. Existe una estrategia de terapia breve llamada “Pregunta milagro” de Shazer (anexo 3), esta tiene la finalidad de ayudar al paciente a proyectarse más allá del problema presentado, proporcionándole a él y al terapeuta informaciones útiles descriptivas a seguir para la solución de un problema. El efecto de la “*pregunta del milagro*” no se basa en las opiniones del terapeuta relativas a cómo el paciente debería vivir su propia vida, sino sobre las

del propio paciente, que derivan de sus conocimientos y de sus habilidades personales.

Terapia farmacológica: Dependiendo del caso, los medicamentos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), para combatir los síntomas depresivos. Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Si la mujer tiene una historia previa de DPP, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída.

Existe una gran controversia sobre el uso de medicamentos cuando la mujer está amamantando, y verificar si se pueden combinar ambos aspectos. Por lo mismo, es indispensable informar a la madre y a su pareja sobre los datos más recientes acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

En los últimos años, se ha reconocido y aceptado al ejercicio como opción en el tratamiento de la DPP. En contraste con la terapia farmacológica, el ejercicio en la depresión tiene mínimos efectos adversos y no depende de factores externos, como las habilidades del personal de una terapia psicológica. Las madres en el periodo postparto tienen también, en ocasiones, pensamientos negativos sobre sus cuerpos. Con el ejercicio, consiguen una reducción del peso y una mejora en el tono muscular. Así mismo, el ejercicio es, una forma de distracción de las actividades diarias estresantes del cuidado del recién nacido.¹³

Con una intervención adecuada, la DPP es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Es probable que los familiares y los amigos sean los primeros en reconocer los síntomas de la depresión posparto en una mujer que acaba de dar a luz. Pueden alentarla a que hable con su proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarla con las tareas diarias como cuidar del bebé y del hogar.

¹³ Méndez J. A. Depresión posparto y ejercicio. Artículo de revisión. Perinatología y Reproducción humana [internet] 2014 [consultado el día 4 de Junio de 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006

5.9 COMPLICACIONES

Sin tratamiento, la depresión postparto puede interferir con el vínculo madre-hijo y problemas familiares. Los hijos de madres con depresión postparto no tratada son más propensos a tener problemas de conducta, tales como dificultad para dormir y comer, rabietas e hiperactividad. Los retrasos en el desarrollo del lenguaje son más comunes también.¹⁴

La depresión postparto no tratada puede durar meses o más, a veces convertirse en un trastorno depresivo crónico. Incluso cuando se trata, la depresión posparto aumenta el riesgo de futuros episodios de depresión mayor de la mujer.

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con y de cuidar de su bebé, y puede hacer que éste tenga problemas para dormir y alimentarse además de conducta a medida que crece.

¹⁴ Danforth N., David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana. 4ª edición, 1987, México.

VI. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención, nos describe cómo es que a pesar de la frecuencia y prevalencia de esta patología, sigue siendo ignorada o subestimada, tanto por el personal de salud como por las propias afectadas, ya sea por vergüenza, miedo o por simple desconocimiento de la misma.

“La depresión posparto es frecuentemente ignorada por los médicos y las madres. Los síntomas de depresión -estado de ánimo deprimido, trastornos del sueño, pérdida de peso, fatiga, dificultad para concentrarse, ansiedad, pérdida de interés en actividades usuales- pueden ser difíciles de distinguir de las experiencias normales de las nuevas madres, tanto para las madres como para los médicos. También es importante diferenciar a las madres que sufren de depresión posparto de aquellas con melancolía puerperal, ya que un diagnóstico erróneo puede llevar a un tratamiento innecesario. Para distinguir los síntomas de la depresión sobre los síntomas de la "melancolía del bebé", el tiempo (>2 semanas de duración, durante todo el día casi todos los días) y la gravedad (deterioro funcional) deben ser evaluados. Para muchas mujeres, el reconocimiento de otros sentimientos diferentes a la felicidad tras el nacimiento de su bebé puede ser devastador y vergonzoso. Si las madres tienen pensamientos de hacerse daño a sí mismas o a su bebé, a menudo tienen miedo de conversar estos temas con su obstetra, médico de familia, pediatra, matrona, enfermera de salud infantil, o profesional de la salud por temor a ser etiquetadas como "locas" o a que les quiten a sus hijos. Por lo tanto, muchas mujeres no comentarán sus preocupaciones o incluso no las

identificarán como un problema, a menos que los médicos realicen preguntas específicas o utilicen una herramienta de evaluación.”¹⁵

Dentro de la misma GPC, en el apartado sobre el manejo para la DPP, se encuentra la terapia electroconvulsiva, una terapia que entra debate, debido a la injerencia a los derechos humanos de las personas en general. Como es posible que en pleno siglo XXI se considere una opción de tratamiento, a pesar de que, como en el mismo apartado lo menciona, no existe evidencia de una óptima recuperación de la paciente con su uso.

“No se ha encontrado evidencia de una buena calidad relacionada con el uso de la terapia electroconvulsiva en el embarazo. Con base en los reportes de casos, una revisión concluyó que la TEC administrada durante el embarazo es efectiva, y que los riesgos para la mujer y el niño son bajos. La TEC es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos”

En cuanto a su impacto a la población, se encontró en el artículo “Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena” publicado por la Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que sin importar el nivel socioeconómico, nivel de vida, tipo de parto, ocupación o territorio sociodemográfico, la DPP afecta a mujeres por igual.

“La depresión posparto no debe de ser contemplada con base en variables únicas, debe ser estudiada desde un punto de vista biopsiquicosocial. Es importante la

¹⁵ Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención [internet] 2012 [consultado el día 1 de septiembre de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

realización de estudios para la validación de este instrumento, a toda la diversidad cultural que conforma la población de mujeres mexicanas, ya que como se ha visto en este estudio es un trastorno emocional que se presenta en todos los grupos poblacionales, sin importar el contexto y las condiciones de vida.

La identificación de posibles episodios depresivos mayores puede prevenir las consecuencias negativas asociadas tanto para la madre como para el producto, si se hace un diagnóstico preciso y con ello se brinda el tratamiento adecuado y oportuno. ¹⁶

¹⁶ Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Med Quir [internet] 2015 [consultado el día 1 de septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf>

VII. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

7.1 INTERVENCIONES

Las actuaciones de enfermería deberán enfocarse de acuerdo con los diagnósticos y con unos objetivos que variarán según la persona y la situación de cuidados. ¹⁷En general y a modo de orientación, los objetivos de enfermería son los siguientes:

- Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la DPP. Se proporcionará una orientación acerca de todos los cambios psicoemocionales que la paciente puede presentar debido a la transformación de roles, así como los cambios físicos que representarán, en muchos casos, un obstáculo para una adecuada convivencia. La familia es un factor muy importante sobre la salud de la paciente, es indispensable que tanto ella como las personas que se encuentran a su alrededor estén enterados de una posible depresión, aun si no hay factores predisponentes en la mujer para padecer algún desorden emocional en el puerperio.
- El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar. Es necesario garantizar una claridad sobre el reajuste que tendrá la mujer en sus nuevos roles y cambios en su entorno. Sobre todo en el caso de mujeres que se convierten en madres por primera vez, es importante puntualizar que hay una diferencia muy grande entre la fantasía que se tiene sobre la maternidad innata y la realidad. Facilitando una orientación oportuna, la realidad puede convertirse en algo menos angustiante y llevadero para la nueva madre.

¹⁷ Guana, Miriam. Enfermería Ginecobstetricia, Editorial Mc Graw Hill, 2006, México.

- Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja. En esta última, se buscará una adecuada comunicación, así como tener espacios de calidad sin el bebé.
- Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.
- Disminución de las situaciones estresantes actuales. Circunstancias en las cuales la paciente sienta que la rebasan tanto en su nuevo rol, como en su ambiente cotidiano. Fortalecimiento de ideas positivas hacia la transformación general de su entorno y apoyo asistencial en tareas que le dificulten una óptima recuperación.
- Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales).

7.2 PROMOCIÓN

Es posible controlar eficazmente la salud emocional perinatal en la consulta de obstetricia, mediante procedimientos sistemáticos. La mujer debe recibir información educativa sobre su salud emocional y los síntomas de los trastornos de ánimo perinatal durante las primeras visitas prenatales. Aunque el principal objetivo de la educación es informar a las pacientes sobre los síntomas más frecuentes de estos trastornos, un objetivo secundario es introducir el tema de la salud emocional en la consulta como elemento habitual y aceptable.¹⁸

La valoración del riesgo de forma sistemática identificara a las pacientes que necesitaran un control posterior. La mayoría de las mujeres sin antecedente personales o familiares conseguirán culminar con éxito el embarazo y el parto, de forma que solo una pocas necesiten atención especial.

¹⁸ Novel Martí, Gloria, et al. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson, 2ª edición, 2005, Barcelona.

Se debe realizar un cribado de la depresión al menos una vez durante el embarazo y otra en el postparto. La visita de seguimiento del postparto es un buen momento para realizar el cribado de la depresión.

Las mujeres con alto riesgo de padecer enfermedad mental grave posparto deben tener un plan detallado para el manejo psiquiátrico durante las etapas avanzadas del embarazo y el período posparto temprano, de acuerdo con la mujer y compartido con los servicios de maternidad, el equipo de obstetricia de la comunidad, las trabajadoras sociales, servicios de salud mental y la propia paciente. Con el consentimiento de la paciente, debe guardarse en su expediente una copia del plan. El plan debe identificar qué tipo de apoyo será requerido y a quién contactar si surgen problemas, junto con sus datos de contacto (incluso fuera de horarios normales), e incluir las decisiones sobre manejo medicamentoso al final del embarazo, el puerperio inmediato y respecto de la lactancia materna. Todas las mujeres en edad fértil que toman medicamentos psicotrópicos deben estar conscientes de los posibles efectos de los medicamentos sobre el embarazo. Deberá discutirse con ellas el uso de métodos anticonceptivos confiables. Como mínimo, todos los profesionales de la salud que prestan atención durante el período perinatal deberían recibir una formación enfocada en habilidades de comunicación centrada en la mujer y en evaluación psicológica. Los médicos deben estar conscientes de la identidad cultural y las preferencias de cuidado de la salud de las personas a su cargo

7.3 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 ¹⁹ 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

Existen, fundamentalmente dos tipos de intervenciones que se desglosan en una serie de acciones que dependen de la situación concreta que se dé.

1. **El asesoramiento a la familia.** Incluye información sobre los procesos de desarrollo de los miembros de la familia y sobre la evolución del ciclo familiar, poniendo énfasis en aquellos aspectos que, aun resultando un problema para ellos, son un factor de normalidad en el seno de cualquier familia (p. ej., la dificultad en la relación con los miembros adolescentes). Ello supone, sin duda un elemento tranquilizador para los miembros de la familia, en el sentido de que no son una anormalidad y el problema tiene algún tipo de solución. Asimismo, el asesoramiento a la familia debe incluir la enseñanza de aquellos factores necesarios para el adecuado afrontamiento de las situaciones-problema y la adaptación más funcional posible a los cambios y a la crisis. La ayuda en la búsqueda de opciones alternativas, la enseñanza de métodos de solución de problemas y de mejora de las habilidades relacionales y en definitiva de cómo afrontar y adaptarse a las variadas situaciones estresante que se producen en el seno

¹⁹ Novel Martí, Gloria, et al. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson, 2ª edición, 2005, Barcelona.

familiar, son intervenciones propias de la enfermera tanto en el ámbito hospitalario como en el extra-hospitalario.

2. **El apoyo a la familia** tanto emocional como material deber ir dirigido a la familia en general y a cada uno de sus miembros en particular, en las diferentes situaciones que pueden presentarse. Ello supone proporcionar apoyo en las decisiones -a veces complejas- que la familia debe tomar para asegurar una adecuada dinámica y funcionamiento familiar, tanto en la vida diaria como en los momentos de cambio y de crisis que en toda familia suceden. Asimismo, implica el apoyo en aquellos momentos en los que los recursos personales -materiales e incluso emocionales- están limitados, son escasos o inexistentes, a través de la relación de ayuda y de acuerdo con los medios y recursos comunitarios existentes

Durante el control prenatal se recomienda identificar aquellos factores de vulnerabilidad que se han asociado al desarrollo de depresión posparto. Investigar sobre antecedentes familiares y personales de depresión y de depresión posparto, sobre las características de las redes de apoyo con que cuenta la madre y sobre algún evento estresante por el que esté pasando podrán ayudar a distinguir distintos niveles de riesgo para el desarrollo de depresión posparto y planificar precozmente estrategias preventivas que fortalezcan las capacidades maternas y sus fuentes de apoyo.

Entre estas actividades preventivas se puede mencionar la educación prenatal sobre los cuidados de la madre y recién nacido. Estas actividades individuales o grupales, fortalecen en la madre su percepción de autoeficacia respecto de su capacidad para hacerse cargo de los cuidados de su hijo(a), como también resuelven temores y dudas sobre diferentes temas relacionados con esta etapa del ciclo vital y que puedan contribuir a aumentar su estrés.

Desde el punto de vista psicológico, el puerperio, fase delicada para la mujer y para la pareja de padres, se manifiesta de modo diverso según la forma en que se haya vivido el embarazo y el parto.

Más allá de las modificaciones biofísicas a las cuales debe hacer frente, la puérpera se expone a un notable estrés psicoemocional dado que debe adaptar esta condición a la relación consigo misma, con su pareja, con su hijo y con los otros hijos u otras personas que viven en su ambiente. Estos aspectos condicionan también a su pareja, quien contribuye a desarrollar y a hacer evolucionar la estructura familiar.

7.4 ALOJAMIENTO CONJUNTO

Es un modelo de asistencia postparto basado en intervenciones dirigidas a favorecer el vínculo temprano y continuo entre madre e hijo, ya en los primeros días luego del nacimiento.

La OMS reconoce el alojamiento conjunto (rooming-in) como “un elemento organizativo fundamental para promover la lactancia materna”. Ofrece las siguientes ventajas: facilita el proceso de apego, permite un mejor conocimiento del propio hijo, promueve la lactancia materna, previene infecciones nosocomiales por reducción de la manipulación.

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicaciones tales para la familia que la posicionan en un conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia. El rol de enfermería como profesional del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas

de apego y la consolidación de roles de los progenitores, dado que son quienes tienen contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia.²⁰

Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas del autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud. Fomentar en los padres la observación y el contacto visual en los momentos de vigilia del recién nacido durante el contacto físico en brazos, incluyendo progresivamente estímulos auditivos con el arrullo y el habla, es una de las acciones prioritarias de enfermería para el cuidado del vínculo.

7.5 PROCESO DE ASISTENCIA EN EL PUERPERIO

Exploración del estado de salud de la puérpera

La evaluación del estado de salud de la puérpera implica la recolección de una serie de datos necesarios para una apropiada planificación de la asistencia.

Objetivos de la asistencia obstétrica en el puerperio

Necesidades físicas de la paciente

- Vigilar estado de salud global.
- Asistir en la reanudación de las funciones corporales normales.
- Favorecer la recuperación de las condiciones físicas, generales y locales: involución uterina normal, cicatrización, lactopoyesis, etc.
- Garantizar la higiene personal íntima y cuidados.

Necesidades físicas del neonato

- Favorecer y sostener la lactancia materna.
- Proveer los primeros cuidados al neonato.
- Garantizar la nutrición del neonato.

²⁰ Enfermería en la salud reproductiva [internet] 2015 [consultado el día 2 de agosto de 2016] Disponible en: <http://enfermeriapracticas2.blogspot.mx/2015/04/alojamiento-conjunto.html>

Necesidades de la esfera psicoemocional y social de la mujer y la pareja

- Favorecer el vínculo madre-hijo y el de la triada. Como se mencionó antes, a través de incorporar el alojamiento conjunto en la nueva familia.
- Brindar consejo en relación con el estilo de vida, incluyendo la actividad física en general y alimentación.
- Promover el autocuidado a través de intervenciones de educación para la salud.
- Vigilar el ambiente en el cual vive la mujer para una adecuada prevención de los accidentes domésticos. Asegurarnos que la paciente tenga las herramientas necesarias para que, en medida de lo posible, evite cualquier tipo de accidente.
- Proveer soporte a la nueva familia y evaluar los posibles riesgos/problemas en el proceso de acogida del bebé en la familia.
- Brindar consejo en relación con la reanudación de la actividad sexual en el puerperio, el control de la fertilidad y uso de anticonceptivos, de acuerdo con los valores y preferencias de cada uno.

Prestación asistencial específica

- Revisión de la alimentación en la puérpera que amamanta. Sus necesidades nutricionales cambian debido a la pérdida de grasa y calcio durante la lactancia. Hay que asegurar que consuma los nutrientes adecuados y suficientes. Igualmente favorecer la hidratación adecuada, que favorecerá la lactancia materna y el estado de salud en general de la paciente.
- Garantizar el reposo/sueño. El parto es un proceso que requiere de una fuerza física y energética que deberá ser recuperada en medida de lo posible. La madre necesitará tener un sueño reparador que le ayude a rendir durante el día para atender las necesidades de su bebé y las propias, sin sentirse culpable por ello. ²¹

²¹ Guana, Miriam. Enfermería Ginecobstetricia, Editorial Mc Graw Hill, 2006, México.

- Autocuidado de las mamas. . Es importante adiestrar a la paciente sobre cuidados, ejercicios y técnicas de lactancia, para evitar cualquier complicación. Mantener vigilancia sobre su tamaño, color y temperatura. Por otro lado, las grietas mamarias representan un obstáculo para la madre y su bebé, hay que asegurarnos de una adecuada técnica de lactancia materna; en caso de que ya existieran grietas, favorecer la hidratación con su propia leche. Informarle sobre el uso de sostenes de algodón y, en medida de lo posible, sostenes específicos para mujeres que amamantan para su fácil acceso.
- Favorecer la función intestinal. La puérpera regularmente tiene problemas de motilidad, es importante asegurarnos de que la recupere, por medio de dieta, hidratación y movilización.
- Favorecer la movilización temprana. Esto ayudará a la paciente a sentirse más independiente y útil en las labores cotidianas, así como promover el ejercicio físico que le beneficiará para despejarse, relajarse y como última estancia a recuperar su figura, esto le ayudará a sentirse más cómoda y segura, aumenta su autoestima y previene y/o trata cualquier patología psicológica que pudiera presentar.
- Identificar y reducir los entuertos uterinos. Los dolores aumentan de intensidad en las multíparas sobre todo durante la lactancia. La enfermera obstetra debe aconsejar entonces a la mujer para adoptar posiciones antológicas e informarle que estas molestias disminuirán apenas la involución se haya completado.²²
- Observar las características de los loquios para evitar aparición de infecciones y complicaciones.
- Controlar mediante masaje abdominal la involución uterina y favorecer este mecanismo haciendo vaciar y educar a la mujer a estimulaciones uterinas a través del masaje.

²² Guana, Miriam. Enfermería Ginecobstetricia, Editorial Mc Graw Hill, 2006, México.

- Promover el cuidado de la piel. Para aquellas pacientes que tuvieron parto vía abdominal (cesárea) asegurar una adecuada higiene y cuidado de la herida quirúrgica. Por otra parte, para muchas mujeres es un tema importante recuperar su condición y figura anterior al embarazo. Mediante una hidratación y lubricación adecuadas lo hará de mejor manera.
- Explorar la presencia de varices en miembros pélvicos. Garantizaremos una adecuada circulación que permita mantener su estado de salud óptimo.
- Recuperación del tono perineal. A través de la instrucción sobre los ejercicios de Kegel. Además de prevenir problemas de incontinencia urinaria.
- Vigilar la reacción depresiva puerperal. Como se mencionó anteriormente, se considera normal, debido a la caída de hormonas y el cambio en general que la paciente tendrá en su vida cotidiana. Es necesario vigilar esta reacción y evitar en medida de lo posible que avance al grado de una depresión, podemos apoyarnos con la familia en esta continua vigilancia de su estado emocional en general.
- Fomentar la relación de pareja y con los otros hijos. La pareja representa un papel fundamental en la readaptación de la mujer a su nueva vida como madre. De igual manera, no podemos dejar de lado que para la pareja representa un cambio importante en su vida. La enfermera se encargará de orientar y fomentar una vida en pareja sana, equilibrando los deberes de cada uno con el nuevo miembro, así como con los demás hijos.
- Asistencia sexual. Es necesario informar a la pareja acerca de los cambios y problemas transitorios del deseo, debido a factores psicoemocionales (conflictos de preocupación y estrés con el neonato) y físicos como molestias, cansancio, etc. De igual manera proporcionar asistencia sobre la anticoncepción.
- Garantizar un adecuado regreso a su vida profesional y laboral. Cada vez existe un mayor porcentaje de mujeres profesionales que se readaptan a su maternidad. Es común el sentimiento de culpa en una madre cuando se reintegra a su vida laboral. La enfermera se asegurará de orientar a la

paciente para que esté consciente de que es un cambio necesario en su vida, que no la limita y que tampoco la condiciona a ser una mala madre.

7.6 MATERNIDAD

La decisión de asumir el rol de madre es una de las más importantes que debemos tomar en nuestra vida, ya que al contrario de lo que sucede con la mayoría de decisiones que tomamos, la de la maternidad es irreversible.²³

Las motivaciones que habitualmente inducen a tener hijos son muy diversas:

1. Deseo de perpetuarse genéticamente
2. Deseo de cuidar a otro ser humano
3. Presión social o de la propia pareja
4. Creencia en la fantasía de que tener un hijo es maravilloso

Evidentemente, la maternidad produce muchas sensaciones de placer y de autorrealización, aunque también lleva consigo el conflicto. Las expectativas que se tienen de los hijos no siempre responden a la realidad y las madres deben aprender a comprender cuáles son sus motivaciones, que necesidades tiene el hijo(a) y como establecer una relación materno-filial contractiva y saludable.²⁴

A partir del nacimiento del primer hijo surgen una serie de problemas que requieren, una vez más, estrategias de afrontamiento y de adaptación por parte de la madre. Uno de los requerimientos que surge es la necesidad de focalizar todas las energías en el nuevo miembro de la familia, dada su situación de total dependencia física y emocional. De esta manera, los intereses de la mujer quedan supeditados a los del nuevo miembro adicionado. Ello resulta muy difícil sobre

²³ Novel Martí, Gloria, et al. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson, 2ª edición, 2005, Barcelona.

²⁴ Danforth N., David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana. 4ª edición, 1987, México.

todo para la mujer, que en la que tradicionalmente adopta el rol de cuidadora, a veces en exclusiva.

Asimismo, este nuevo elemento causador de estrés altera la relación existente entre una pareja. A partir de ahora, estos deberán cambiar sus hábitos de relación, de comunicación, de trabajo, de ocio y de vida en general, para adecuarlos a las exigencias de la nueva familia formada. Se afirma que muchos matrimonios no pueden sobrellevar el estrés que supone tener niños y aunque no acaben en divorcio, el matrimonio como la paternidad viable finaliza en este estadio.

VIII. CONCLUSIONES

Los trastornos del estado de ánimo en el posparto resultan actualmente un problema de salud pública, debido al alto número de mujeres que los padecen y sobre todo por la perturbación en la salud física y emocional de la madre y el recién nacido, así como por el vínculo materno-infantil, en la relación de pareja y en todo el entorno de la mujer en general. La enfermera obstetra desempeña un papel importante en la detección y el tratamiento de estos trastornos.

Derivado de la escasa información que existe en nuestro país, se puede llegar a subdiagnosticar o confundir estos padecimientos, porque descuidar a una madre que necesita de nuestro apoyo incondicional o asumir que sabe lo que debe hacer con su neonato. Por lo mismo, existe una gran necesidad de que el personal que entre en contacto con una madre y su hijo, al menos durante el primer año de vida del mismo, cuente con los conocimientos para detectar estas patologías y proporcione atención y orientación necesaria o, su caso, derive oportunamente a la paciente con un especialista.

Aunado a esta situación, muchas mujeres, ya sean por sentimientos de culpa, vergüenza o desconocimiento, no reportan sus síntomas, no los reconocen ni hablan de ellos abiertamente, por el contrario, los niegan o minimizan. Esto dificulta aún más el diagnóstico de la patología.

Es indispensable, entonces, que los profesionales de la salud, además de estar informados sobre los aspectos físicos normales y patológicos del postparto, también cuenten con información sobre el ámbito emocional del embarazo y el puerperio. Durante el control prenatal, así como en los primeros días después del parto, se pueden identificar y tratar algunas alteraciones psicológicas o signos de alerta como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño, que predisponen a la mujer a desarrollar un trastorno del estado de ánimo.

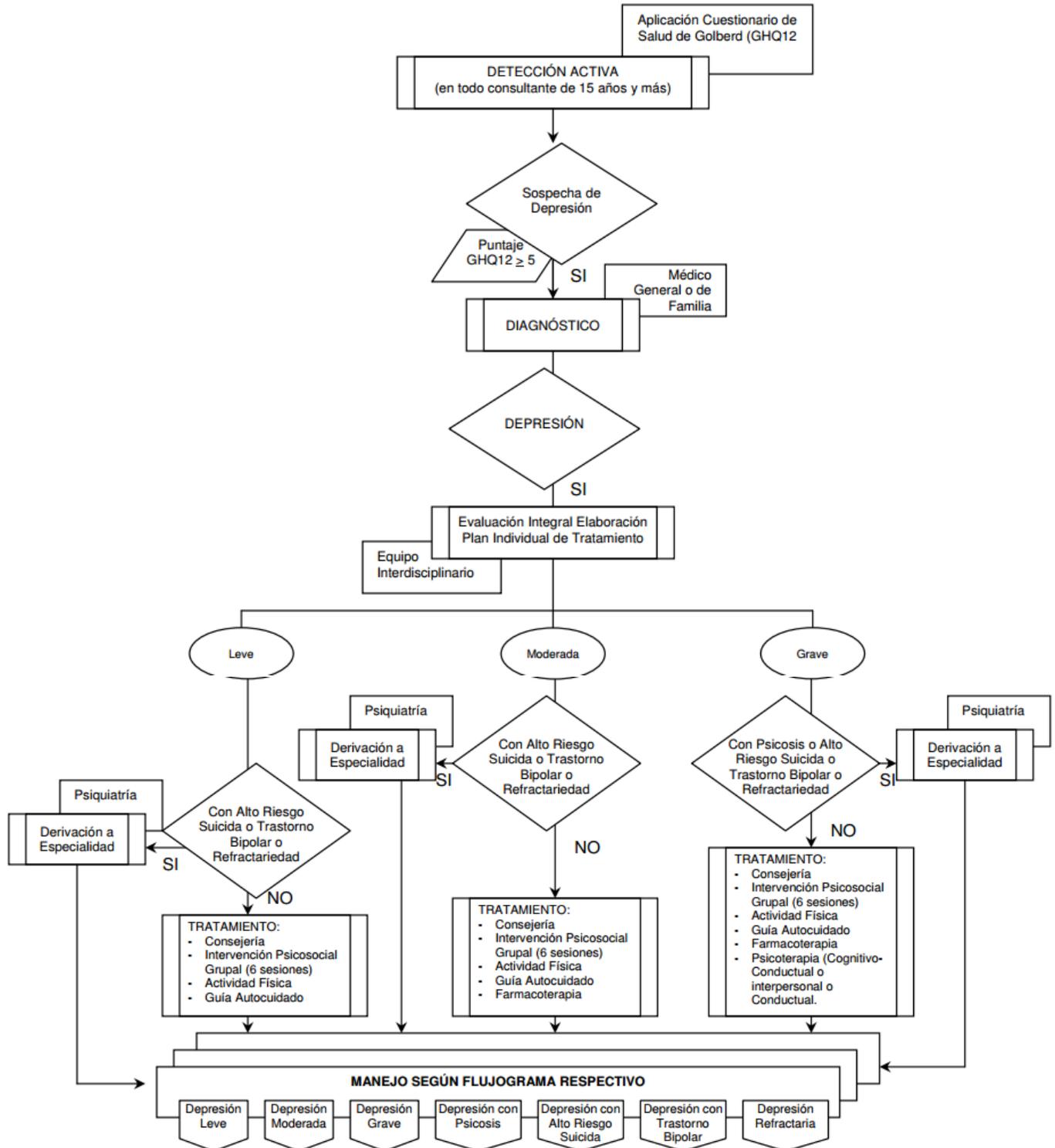
Es importante mencionar que, pasadas algunas semanas, incluso meses, cuando ya no es esperado que acuda con el médico o algún otro experto de la salud, puede comenzar a sentirse mal y tener síntomas incapacitantes. En estos momentos es indispensable poner en marcha la intervención más apropiada para cada mujer y evitar futuras complicaciones.

Como en cualquier otra patología física o emocional, resulta más productivo y menos costoso llevar a cabo una adecuada prevención durante el embarazo, o los primeros momentos después del nacimiento, que intervenir tardíamente a través del tratamiento. Por otra parte, existe una evidencia creciente de los riesgos de no tratar los trastornos mentales en el período prenatal y posparto, incluido el daño potencial duradero al niño.

La morbilidad de la depresión clínica frecuentemente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado. El estigma y la vergüenza que sienten los enfermos que pueden ser reacios a “confesar” sus sentimientos son frecuentemente factores importantes en el diagnóstico tardío. Tal insinuación es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso pueden ser intensos. Una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo.

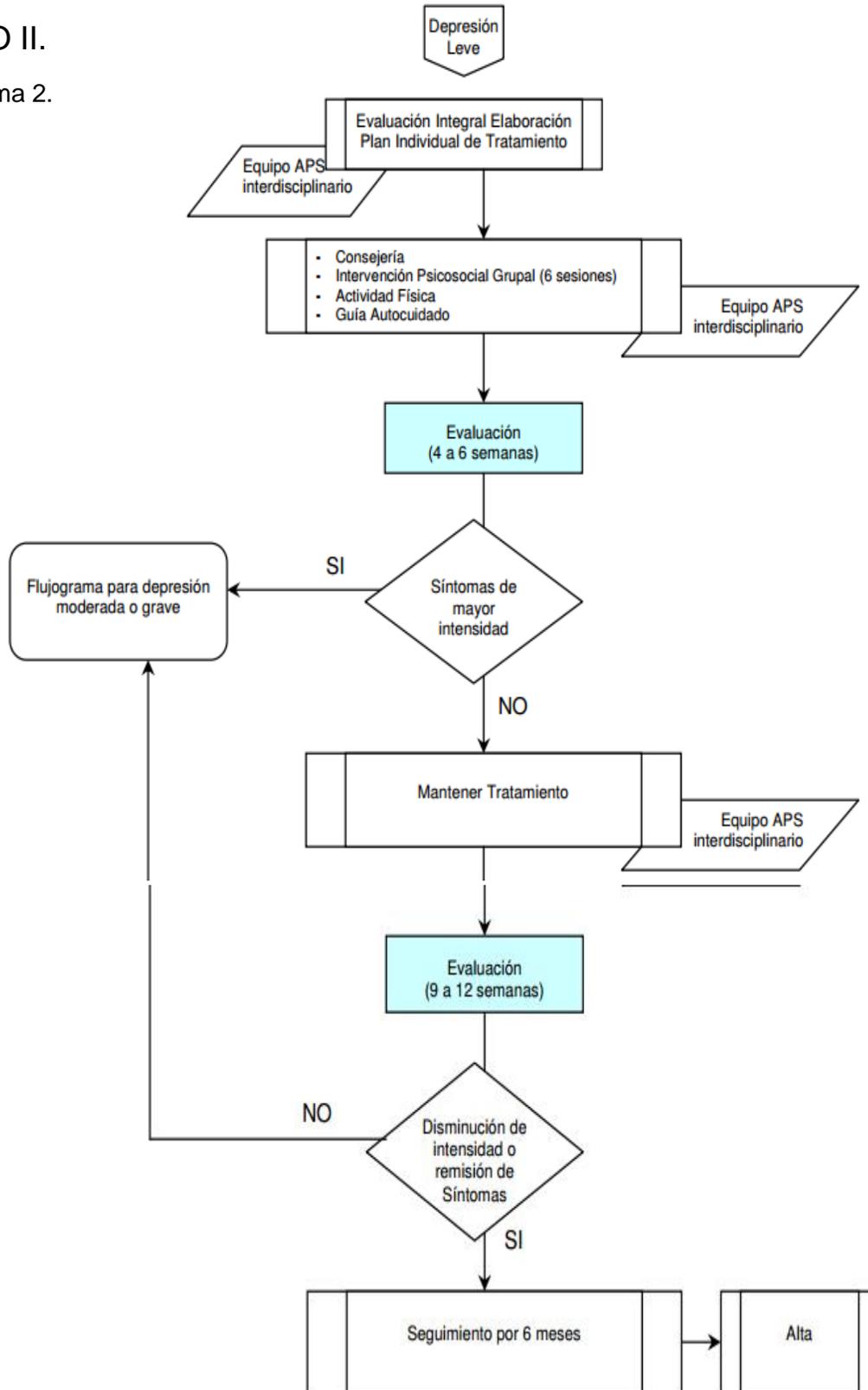
Queda la recomendación personal de una preparación y orientación psicológica a cada una de las pacientes obstétricas, ya sea en pláticas presenciales o a través de información resumida en materiales específicos.

Flujograma 1.



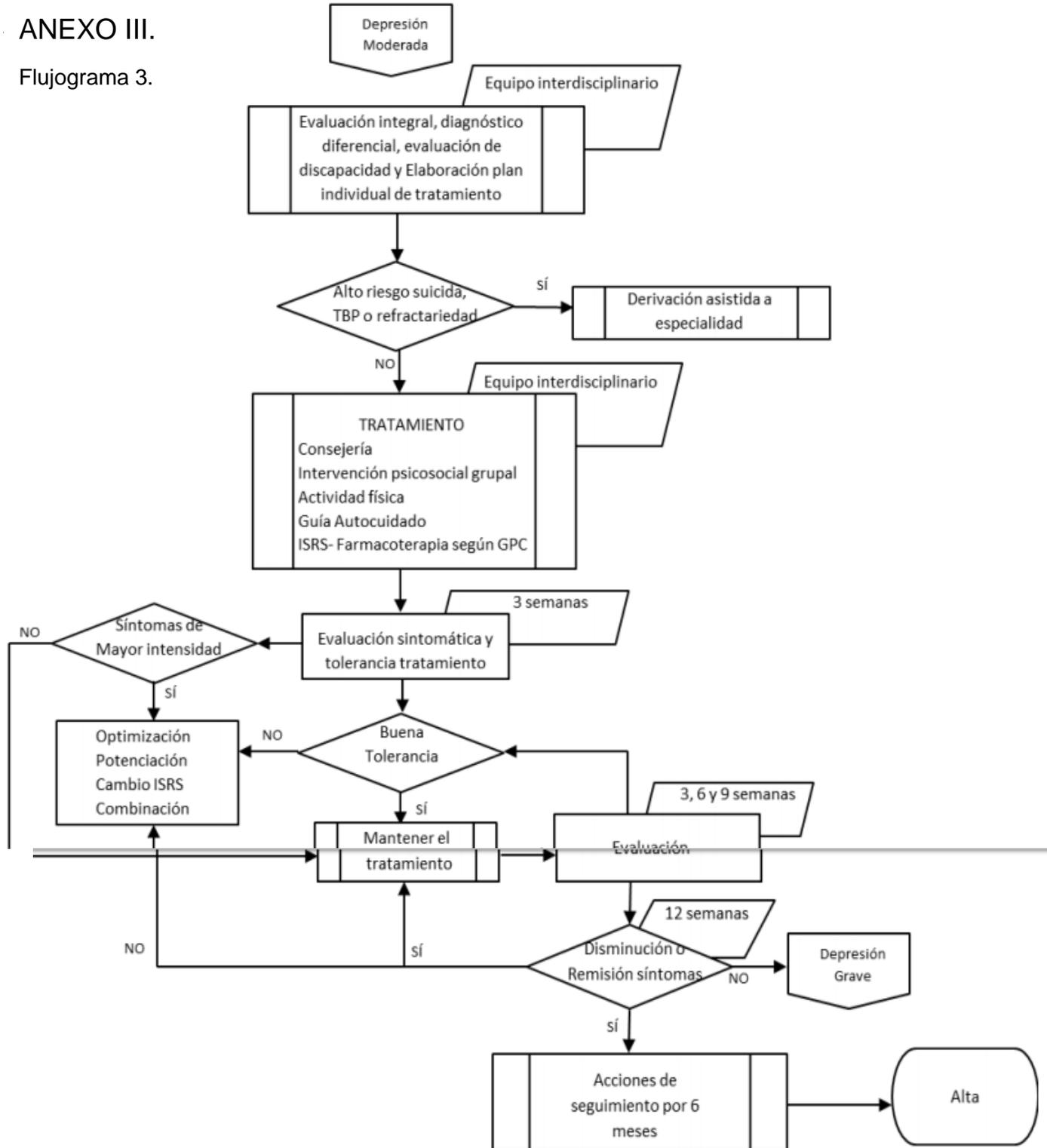
ANEXO II.

Flujograma 2.



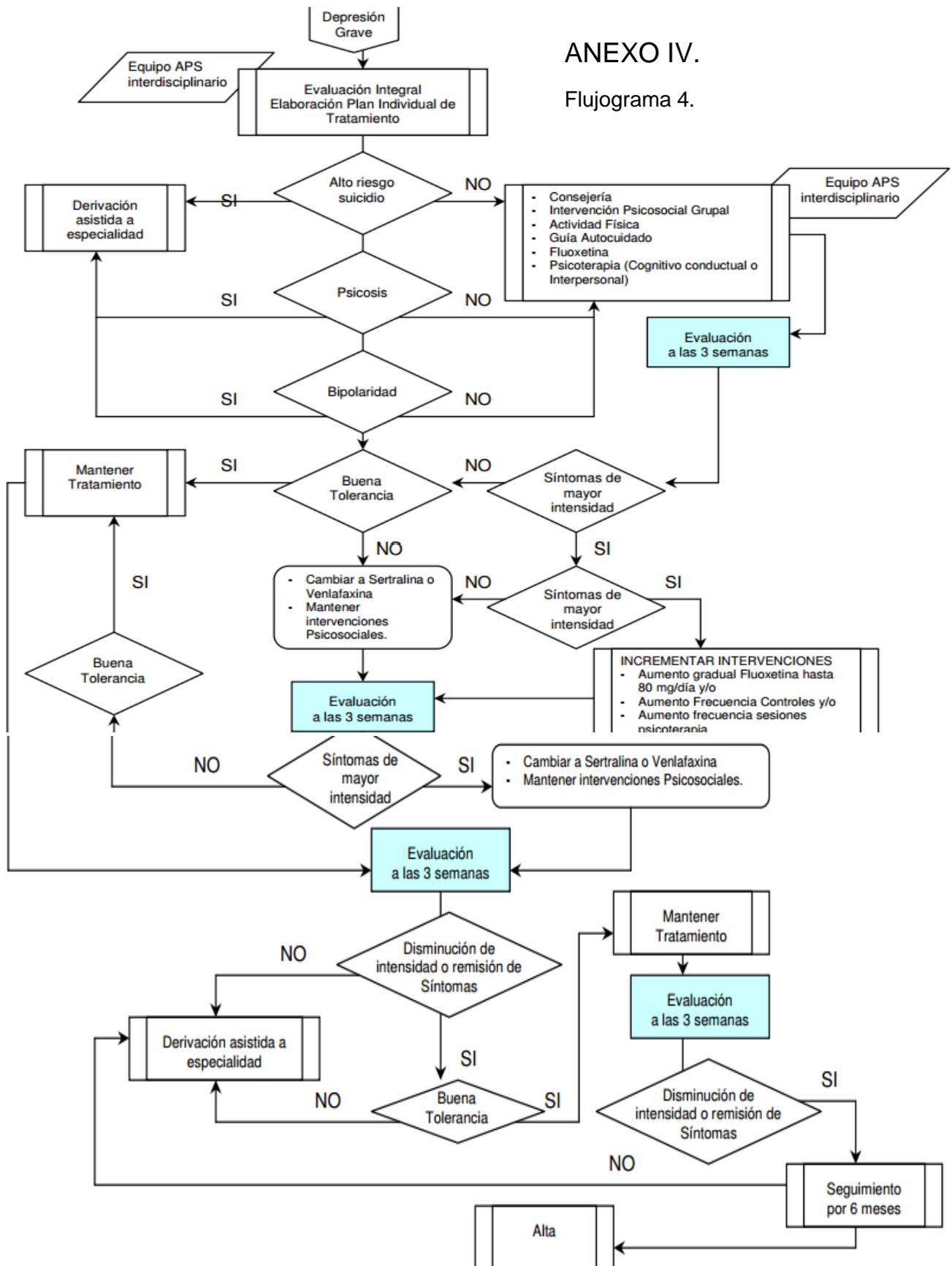
ANEXO III.

Flujograma 3.



ANEXO IV.

Flujograma 4.



ANEXO V.

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (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 post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

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

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Teléfono: _____

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

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

ANEXO VI.

Pregunta Milagro

‘Si no sabes dónde vas, ningún camino te llevará allí’ (*Lewis Carrol en ‘Alicia en el País de las Maravillas’*)

La Pregunta Milagro (De Shazer, 1988), es la técnica de proyección al futuro más utilizada en terapia breve. Sirve para que los consultantes se sitúen imaginariamente en su ‘futuro preferido’ y permite crear una historia en la que los problemas que le traen a consulta están resueltos.

Se introduce la pregunta:

“Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que esta especie de Milagro se ha producido?”

A la respuesta del paciente, que casi siempre se demora unos segundos, le sigue una secuencia de preguntas que pueden ocupar gran parte de la entrevista. Debemos tener paciencia y creer en la capacidad de los clientes de contestar a la pregunta además de situar a la persona añadiendo detalles en su historia.

La finalidad es construir objetivos concretos, alcanzables, expresados en positivo e interaccionales. También pueden ser descritos como ‘empezar algo’ o ‘presenciar algo’.

- Algunos ejemplos que no servirían: “estar feliz”, “no estar siempre llorando”, “ganar la lotería”, “que mis padres me dejen en paz”.
- Algunos ejemplos que sí servirían: “estar más activo en el trabajo”, “desayunar juntos”, “salir con mis amigos los fines de semana”, “volver a

comer tres veces al día”, “empezar a estudiar al menos una hora dos veces por semana”.

Conseguir objetivos bien formados nos ayudará a saber por dónde empezar y hacia dónde debemos ir.

Muchas mujeres, ya sean por sentimientos de culpa, vergüenza o desconocimiento, no reportan sus síntomas, no los reconocen, ni hablan de ellos abiertamente, por el contrario, los niegan o minimizan.

Padecer Depresión Postparto es más común de lo que parece, y nosotros podemos ayudarle a atravesar por este proceso de la mejor manera posible.

L.E.O. Mariana Valverde Millan

Durango # 245 Interior 806, Col. Roma
Norte, Ciudad de México, CP: 06700

Depresión postparto

ANEXO VII.





« Es mirarte al espejo mientras tu criatura esta prendada a tu pecho, y no reconocerte. ¿En qué momento te convertiste en esta mujer ojerosa que no tiene un minuto ni para darse una ducha? ¿Quién es ella? ¿Quién eres ahora? ».

- Testimonio

¿Qué es la depresión postparto?

Es un episodio de ánimo depresivo, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y síntomas como fatiga, cambios en el apetito, en el patrón de sueño, lo que la distingue es su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto

Depresión postparto V.S. Tristeza postparto

La tristeza postparto (o "baby blues") es un término que se utiliza para describir los sentimientos de preocupación, tristeza y fatiga que muchas mujeres experimentan después de tener un bebé.

Los bebés requieren mucho cuidado, de modo que es normal que las madres se preocupen o se

ese cuidado. Incluye sentimientos leves que duran una o dos semanas y desaparecen por sí solos.

En el caso de la DPP, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia, puede comenzar un poco antes o en cualquier momento después de que nazca el bebé, pero generalmente comienza entre una semana y un mes después del parto.

¿He tenido/tengo...?

- Problemas de pareja
- Problemas económicos
- Enfermedades psiquiátricas
- Antecedentes de DPP
- Falta de apoyo por parte de mi familia
- Problemas en mi embarazo

Si respondiste que SI a por lo menos 3 de las situaciones anteriores, es importante que lo menciones para recibir ayuda oportuna.

¿Cuáles son los síntomas?

- Tristeza
- Cansancio
- Ansiedad
- Falta de interés
- Insomnio
- Cambios en el apetito
- Descuido personal
- Irritabilidad
- Pensamientos de muerte

El hecho de transformarse en madre hace surgir actitudes, opiniones, responsabilidad y relaciones nuevas, y se reorganiza la familia y la identidad personal de la mujer.

Es importante saber que nosotros podemos ayudarle.

Contáctenos!

L.E.O. Mariana Valverde Millan
7090-8929
mvalmillan@gmail.com

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Alojamiento conjunto. Es un concepto que ha sido aplicado para que el recién nacido comparta con su madre y sus familiares, de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos.

Anhedonia. Significa sin placer o carente de alegría. Anhedonia es un término médico que es una fusión de dos palabras griegas, sin un significado y hedone stading por placer. Trastorno psiquiátrico que consiste en la incapacidad para disfrutar de la vida y la dificultad para experimentar placer. Hay una pérdida de interés por las cosas y aficiones con las que se disfrutaba antes de padecer el trastorno.

Contracciones uterinas. Durante el parto, acortamiento rítmico de la musculatura del segmento superior del útero. Al principio del proceso las contracciones son suaves, pero progresivamente se vuelven más intensas y más frecuentes hasta finalizar con la expulsión del feto y de la placenta de la cavidad uterina.

Cribado. Es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La Real Academia Nacional de Medicina acepta como sinónimos de cribado: criba, cribaje, despistaje, detección sistemática, examen colectivo, identificación sistemática, *screening* (es un anglicismo) y tamizaje. La intención del cribado es identificar enfermedades de manera temprana dentro de una comunidad. Esto permite la rápida gestión e intervención con la esperanza de que se reduzcan los efectos (dolor, fallecimiento) provocados por la enfermedad

Cuarentena. Es el periodo de tiempo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta que la anatomía y fisiología del aparato genital de la mujer vuelve

al estado anterior al embarazo. Su duración es de 6-8 semanas (de ello el nombre de cuarentena)

Desgarro perineal. Desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. Según su extensión, se clasifica en desgarro perineal de primer grado, cuando afecta solamente a una pequeña parte del periné; de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano, y de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal.

Entuertos. Contracción brusca del útero consecuencia del reflejo de Ferguson que se desencadena cuando el bebé succiona el pezón durante los primeros días después del parto. Los entuertos provocan un dolor agudo pero breve y son más agudos a partir del segundo parto; su función es la evacuación de los coágulos sanguíneos que restan en el útero.

Estupor. Estado con inconsciencia general, ausencia de actividad psíquica, física y una inhibición general ante los estímulos. Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia

Episiotomía. Incisión quirúrgica lateral o medial del periné antes de la expulsión de la cabeza fetal en el parto. Se realiza con la finalidad de facilitar la salida del feto y evitar así los posibles desgarros que se puedan provocar.

Episiorrafia. Restauración mediante sutura de la episiotomía o los desgarros vaginales producidos durante un parto.

Grietas. Son heridas en los pezones secundarias a la succión del neonato. Pueden acompañarse de sangrado y son muy dolorosas en el momento de iniciar la succión; es decir “cuando el bebé se engancha”. Se producen por una posición incorrecta del recién nacido al pecho o por una succión muy vigorosa.

Hipersomnias. Es un trastorno del sueño en el que la persona está excesivamente somnolienta durante el día y tiene una gran dificultad para despertar del sueño. Esta afección es similar a la narcolepsia en el hecho de que el paciente siente un sueño extremo. Sin embargo, es distinta de la narcolepsia porque la hipersomnias idiopática no suele implicar quedarse dormido repentinamente (ataques de sueño) o pérdida del control de los músculos debido a emociones fuertes (cataplejía). Además, a diferencia de la narcolepsia, las siestas generalmente no son reparadoras en casos de hipersomnias idiopática.

Lactopoyesis. Mecanismo de eyección de la leche: Una vez establecido el mecanismo de secreción de la leche y que los alvéolos están llenos, para su evaluación se establece los siguientes mecanismos: La acumulación de leche ocasiona precipitación involuntaria. Los estímulos físicos y psicológicos provocan el mismo resultado.

Lactancia. Período en el que el recién nacido se alimenta de leche materna (lactancia materna) o leche artificial (lactancia artificial). Dicho período se inicia dos o tres días después del parto; anteriormente se segrega el calostro, una sustancia amarillenta y viscosa muy rica en albúmina y en leucocitos cargados de grasa. La lactancia materna es el método de alimentación recomendado en todos los casos mientras no se presente algún tipo de problema. En la lactancia materna se consiguen varios objetivos en una sola acción: proporcionar anticuerpos e inmunizar al niño contra infecciones; suministrar una leche completamente estéril y a temperatura corporal, además durante el período se consigue establecer una relación afectiva madre-hijo muy profunda. Durante la lactancia es necesario tener un especial cuidado en la higiene y la salud de mamas y los pezones para evitar lesiones y posibles infecciones. Es importante no consumir ciertos productos como el tabaco, alcohol y café, ya que pueden ser segregados con la leche. El final del período de lactancia debe imponerse progresivamente y puede alargarse hasta más de un año, siempre que se acompañe con alimentos sólidos. La lactancia artificial se suele utilizar cuando la madre no puede administrar de forma natural su propia leche; en estos casos se utiliza leche animal, generalmente de vaca,

preparada industrialmente y suministrada al recién nacido con biberón; para ello deben extremarse las medidas higiénicas, como la esterilización del biberón.

Loquios. Secreción vaginal normal que aparece después del parto, en el puerperio. Durante 3 o 4 primeros días contiene sangre, tejido placentario, decidua endometrial y lanugo. Posteriormente disminuye la cantidad de sangre, se exuda un material seroso y los loquios se hacen más oscuros y menos espesos. Después se vuelven serosos. Finalmente, a partir de la 3ª semana, adquieren un color blanco grisáceo. Normalmente dejan de haber loquios a partir de la 6ª semana.

Neonato. Un neonato o recién nacido es un bebe que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pasados los 9 meses del embarazo.

Placenta. Órgano característico que mantiene unidos a la madre y su hijo durante el embarazo. Es una estructura altamente especializada que permite efectuar el intercambio de nutrientes y gases entre ambos y actúa como glándula endocrina. La placenta adopta una forma de disco de unos 20 cm de diámetro y pesa unos 500 g aproximadamente. Presenta dos caras bien diferenciadas, la fetal y la materna; la primera es lisa y tapizada por el amnios*, en la segunda (la cara materna) se distinguen los cotiledones, lóbulos donde se encuentran las ramificaciones de los vasos umbilicales y donde la sangre fetal puede estar muy cerca de la sangre materna. Durante el embarazo la placenta puede sufrir diversas patologías: infartos, desprendimiento prematuro, hematomas retroplacentarios e insuficiencia placentaria a la hora de desempeñar su función hasta el punto de provocar sufrimiento fetal o la muerte.

Puerperio. Período que se inicia tras un parto y que finaliza cuando los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven a su estado anterior al embarazo.

Vínculo. Etimológicamente proveniente del latín “vinculum” y significa unión, lazo, atadura, sujeción, relación entre dos cosas, dos personas o animales, o una persona y una cosa o animal. Pueden existir vínculos materiales, como el que une a alguien con sus bienes, vínculos espirituales como los que reúnen a los miembros de una nación, o a los amigos, o al hombre con Dios, o vínculos de sangre que unen a los miembros de una familia entre sí, generando a su vez entre ellos también vínculos afectivos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical manual of mental Disorders*. 4th edition. Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994 [consultado el día 2 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>
- Berenzon, S. et al. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México* [internet] 2013 [consultado el día 18 de junio de 2016] Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796
- Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Med Quir* [internet] 2015 [consultado el día 1 de septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf>
- Castillo-Torralba M. *Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto: Comentario de la BSR* (última revisión: 24 de septiembre de 2007) *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud [consultado el día 12 de Junio de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgccom/es/
- *Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención.* [internet] 2014 [consultado el día 4 de Julio de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

- Danforth N., David. Obstetricia y Ginecología de Danforth. Editorial Lippincott Williams & Wilkins, 10ª edición, 2009, España.
- Danforth N., David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana. 4ª edición, 1987, México.
- Dennis C-L, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas; 2004, Número 4. Art. n. °: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Información sobre la depresión postparto. [Internet] 2014 [consultado el día 12 de junio de 2016] Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf depresión postparto
- Enfermería en la salud reproductiva [internet] 2015 [consultado el día 2 de agosto de 2016] Disponible en: <http://enfermeriapracticas2.blogspot.mx/2015/04/alojamiento-conjunto.html>
- Espíndola J, Morales F. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Revista mexicana de Perinatología y Reproducción Humana [internet]. 2004 [consultado el día 12 de julio de 2016] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=21431>
- Guana, Miriam. Enfermería Ginecobstetricia, Editorial Mc Graw Hill, 2006, México.
- Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención [internet] 2012 [consultado el día 1 de septiembre de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

- La depresión en nuestro siglo [internet] 2013 [consultado el día 8 de junio de 2016] Disponible en: <http://depresionenelsiglo20.blogspot.mx/p/historia.html>
- Medina Serdán E. Diferencia entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Artículo de revisión, Perinatología y Reproducción humana [internet] 2013 [consultado el día 2 de Junio de 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372013000300008&script=sci_arttext&tIng=pt
- Méndez J. A. Depresión posparto y ejercicio. Artículo de revisión. Perinatología y Reproducción humana [internet] 2014 [consultado el día 4 de Junio de 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006
- Novel Martí, Gloria, et al. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson, 2ª edición, 2005, Barcelona.
- Peindl KS, Wisner KI, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. US National Libraty of Medicine [internet] 2004 [consultado el día 21 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15094256>
- UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México Incidencia de la Depresión Postparto: 2015 [consultado el 12 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.cicssto.ipn.mx/Documents/Interno/infoInteres/ColoquioPsico/17.pdf>
- Watson Hawkins, Joellen, Pierfedeci Higgins, Loretta. Enfermería Ginecológica y Obstetricia. Editorial Harla, 1984. México.
- William R. Beardslee. Out of the Darkened Room. When a Parent is Depressed, Protecting de Children, Strengthening the family. 2002, EUA.
- Williams. Obstetricia de Williams, 22ª edición, Editorial Mc Graw Hill, 2006, México.