

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

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POST PARTO DESDE
LA PERSPECTIVA DE DOROTHEA OREM

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

JOVITA JASELIN DURÁN FABIÁN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

- **Objetivos:**

El objetivo general de esta tesis es obtener un conocimiento actualizado para poder aplicar acciones de enfermería que ayuden a prevenir la depresión post parto, como también brindar los cuidados específicos a la mujer durante el puerperio.

- **Marco teórico:**

La depresión posparto es un trastorno psicológico y emocional que puede presentarse en las mujeres después del parto que si no es tratada a tiempo pueden causar problemas a largo plazo o bien a corto plazo. En esta investigación se basa desde la teoría del autocuidado de dorothea Orem. Esta depresión se clasifica en tres: depresión posparto baby blues, depresión posparto sin psicosis, y depresión posparto con psicosis. En las encuestas realizadas en la población femenil quienes ya han tenido un hijo o más, el 68% de ellas afirmaron tener depresión durante el puerperio.

- **Metodología:**

La variable estudiada son las intervenciones de enfermería ante la depresión post parto, donde se da a conocer los signos y síntomas, y las causas de una depresión, para poder llegar a un diagnóstico adecuado.

- **Conclusión:**

La depresión post parto es muy frecuente y la población femenil, no sabe acerca de la depresión, por lo que las intervenciones de enfermería son muy importantes en el cuidado de la mujer durante el puerperio ya que la educa para tener un autocuidado.

ABSTRACT

- Objectives

The general objective of this thesis is to obtain updated knowledge in order to apply nursing actions that help prevent postpartum depression, as well as provide specific care to women during the puerperium.

- Theoretical framework

Postpartum depression is a psychological and emotional disorder that can occur in women after childbirth that, if not treated in time, can cause long-term or short-term problems. This research is based on Dorothea Orem's theory of self-care. This depression is classified into three categories: baby blues postpartum depression, postpartum depression without psychosis, and postpartum depression with psychosis. In the surveys carried out in the female population who have already had one child or more, 68% of them stated that they had depression during the puerperium.

- Methodology

The variable studied are the nursing interventions in the face of postpartum depression, where the signs and symptoms and the causes of depression are revealed, in order to reach an adequate diagnosis.

- Conclusions

Postpartum depression is very common and the female population does not know about depression, so nursing interventions are very important in caring for women during the puerperium since they educate them to have self-care.

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada en Enfermería María de la Luz Balderas Pedrero, asesora de esta tesina por las enseñanzas de Metodología de investigación y por la paciencia de su parte que fue un punto clave para que pudiera culminar esta tesina.

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud incorporada a la UNAM, por toda la enseñanza recibida a lo largo de cuatro años con lo que fue posible obtener aprendizajes de una manera significativa para poder tener una vida profesional.

A todos los Doctores(as), Enfermeras y Profesores(as) de la licenciatura de Enfermería y Obstetricia, quienes han hecho de mí una persona llena de conocimientos y aprendizajes dentro del área de enfermería.

DEDICATORIAS

A mis padres: Guillermo Durán Flores y Erika Cecilia Fabián Guillen quienes confiaron en mí, me brindaron su apoyo incondicional, por ser mi fortaleza y han sembrado en mí el camino de la superación profesional, que por ello fue posible culminar esta meta. Me guiaron a ser una persona segura de mi misma, a sobresalir con todos los obstáculos que se presentaron, porque siempre estaban para aconsejarme de una manera motivadora, porque siempre me dieron lo mejor de ellos.

A mis hermanos: Jesús Emmanuel y Edgar Guillermo Durán Fabián, quienes de cierta manera me brindaron su apoyo, su ayuda y fueron un gran impulso para que cumpliera esta meta.

A mis abuelos: Enrique Durán Huaroco, Jovita Flores Enríquez, Edelmira Guillen Acuña, por creer en mí, por su cariño, quienes siempre estaban al pendiente de mí y me brindaron su apoyo.

A mis amigas: Estefany quien fue una compañera ejemplar a seguir, que admiro demasiado por cada logro que hace. A Gabriela con quien compartí experiencias a lo largo de la carrera, quien siempre estuvo para brindarme su apoyo en cada momento. Alejandra que es una persona que siempre esta alegre con quien nos brindamos un apoyo mutuo, quienes siendo completamente extrañas lograron formar parte de mi familia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 VIDA Y OBRA	4
2.2 INFLUENCIAS	6
2.3 HIPÓTESIS	7
2.4 JUSTIFICACIÓN	7
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.6 OBJETIVOS	8
2.6.1 GENERAL	8
2.6.2 ESPECÍFICO	8
2.7 MÉTODO	8
2.8 VARIABLES	8
2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS	8
2.10 GRÁFICAS	11
3. GENERALIDADES	18
3.2 CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN POST PARTO	20
3.2.1 Depresión post parto baby blues	20
3.2.2 Depresión post parto sin psicosis	20
3.2.3 Depresión post parto con psicosis	20
3.3 CARACTERÍSTICAS	20
3.4 ETIOPATOGENIA	25
3.5 FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO	26
3.5.1 Factores biológicos	26
3.5.2 Factores psicosociales	26
3.5.3 Ámbito individual	26
3.5.4 Ámbito familiar	26
3.5.5 Ámbito social	26
3.5.6 Ámbito personal	27
3.5.7 Alteraciones genéticas	27
3.6 TRASTORNOS AFECTIVOS POST PARTO	27

3.7 EPIDEMIOLOGÍA	27
3.7.1 A nivel mundial.....	27
3.7.2 En México.....	27
3.8 TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN POST PARTO	28
3.8.1 Tratamiento farmacológico.....	28
3.8.2 Tratamiento psicosocial.....	29
3.8.3 Tratamiento con terapia electroconvulsiva.....	29
4. EMBARAZO	29
4.1 CONCEPTO.....	29
4.2 DURACIÓN DEL EMBARAZO.....	30
4.3 CONTROL PRENATAL.....	30
4.3.1 El objetivo del control prenatal.....	30
4.4 CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO.....	32
4.4.1 El embarazo de Bajo Riesgo.....	32
4.4.2 Embarazo de mediano riesgo.....	32
4.4.3 Embarazo de alto riesgo.....	33
4.5 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO.....	33
4.6 CAMBIOS EN EL POST PARTO.....	36
4.7 NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO.....	37
4.7.1 Nutrición.....	37
4.8 IMPORTANCIA DE OMEGA-3 DURANTE EL EMBARAZO.....	39
4.8.1 Beneficios de omega- 3.....	40
4.9 VITAMINAS.....	41
4.9.1 Importancia de las vitaminas.....	41
5. FACTORES DE RIESGO DE DPP	44
5.1 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	44
5.2 ANTECEDENTES PERSONALES.....	44
5.3 FACTORES BIOLÓGICOS.....	45
5.4 ÁMBITO INDIVIDUAL.....	46
5.5 ENTORNO FAMILIAR.....	47
5.6 ENTORNO SOCIAL.....	48

5.7 TEMORES DEL BIENESTAR DEL FETO	48
5.8 COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD	51
6. DEPRESIÓN POST PARTO	51
6.1 DEPRESIÓN.....	51
6.1.2 Ansiedad en el puerperio	52
6.2 PARTO Y POST PARTO	55
6.2.1 Parto.....	55
6.2.2 Cesárea.....	55
6.2.3 Post Parto.....	55
6.3 DEPRESIÓN POST PARTO.....	56
6.3.1 Definición	56
6.3.2 Etiopatogenia.....	57
6.3.3 Epidemiología.....	58
6.4 DEPRESIÓN POST PARTO BABY BLUES.....	58
6.4.1 Sintomatología:.....	60
6.5 DEPRESIÓN POST PARTO SIN PSICOSIS	60
6.5.1 Sintomatología	60
6.5.2 Factores de depresión post parto sin psicosis.	61
6.6 DEPRESIÓN POST PARTO CON PSICOSIS	63
6.6.1 Sintomatología	63
6.7 RIESGO DE NO TRATAR DEPRESIÓN POST PARTO	64
6.8 HERRAMIENTA DIAGNOSTICAS PARA LA DEPRESIÓN POST PARTO.....	65
6.8.1 Test de EDIMBURGO	65
7. ESTADO DE LA MADRE CON DEPRESIÓN POST PARTO	70
7.1 COMPLICACIONES DEL POST PARTO	70
7.2 CONSECUENCIAS DE DPP	71
7.3 EFECTOS DE DEPRESIÓN POST PARTO	73
7.4 ESTADO DEL RECIEN NACIDO	75
7.5 INTERACCIÓN DE MADRE E HIJO.....	76
7.6 LACTANCIA MATERNA	79
7.7 IMPORTANCIAS DE LA RECUPERACIÓN	80

7.8 TRATAMIENTO	81
7.8.1 Intervenciones Psicoterapéuticas.....	81
7.8.2 Tratamiento farmacológico	82
7.8.3 Tratamiento durante la lactancia materna.....	82
7.8.4 Tratamiento con terapia electroconvulsiva	82
7.8.5 Complicaciones	83
8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN DEPRESIÓN POST PARTO	83
8.1 ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?	83
8.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	85
8.2.1 Intervención de enfermería directa.....	86
8.2.2 Intervención de enfermería indirecta	86
8.2.3 Acciones de Enfermería dependientes	86
8.2.4 Acciones de Enfermería independientes	87
8.2.4.1 Promoción de depresión post parto.....	87
8.2.4.2 Los cuidados de Enfermería para las mujeres que sufren una depresión puerperal.....	88
8.2.4.3 Los cuidados de Enfermería tienen un sentido de prevención	88
8.2.4.4 Diagnóstico	89
8.3 APORTACIONES DEL MODELO DE DOROTHEA OREM.....	90
8.4 APLICACIÓN DE LA TEORÍA OREM EN EL PUESPERIO.....	91
8.4.1 Esquema propuesto por Orem:.....	92
8.4.2 Evaluación	93
8.5 IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR DEPRESIÓN POST PARTO	93
8.6 TRATO DIGNO A PACIENTES CON DEPRESIÓN POST PARTO	95
8.6.1 Código de ética.....	95
8.6.2 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.....	95
8.7 VALORES Y PRINCIPIOS DE ENFERMERÍA	97
8.7.1 Las cualidades de enfermería se clasifican en físicas y morales: ...	97
8.8 COMUNICACIÓN EFECTIVA.....	99
8.8.1 La comunicación en enfermería:	100

9.CONCLUSIÓN	102
10. BIBLIOGRAFÍA	105
10.1 Básica	105
10.2 Complementaria	108
10.3 Electrónica	111

1. INTRODUCCIÓN

La depresión post-parto es un trastorno psicológico y emocional que pueden presentar las mujeres después del parto, pueden ocasionar graves problemas a la madre o al recién nacido teniendo un impacto negativo sobre el mismo, si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

A través de esta investigación se pretende saber el conocimiento de la población femenil, que tan frecuente es la depresión post parto, y que tanto saben de este, ya que es muy común que exista una depresión post parto y puede que las mujeres en el puerperio no se den cuenta de que tienen depresión, o incluso los mismos profesionales de salud no se percatan de los signos y síntomas que esta tiene. Por lo que es muy importante que la población femenil, y en general adquieran un conocimiento de la depresión, y de la depresión post parto para que esta se pueda prevenir.

El embarazo, con sus cambios fisiológicos y emocionales constituye un factor estresante, y su desenlace, el parto, es un proceso que produce ansiedad. Es debida importancia que las mujeres durante el embarazo asistan a sus consultas, para que conozcan cuáles serán los cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales durante el embarazo, y este de cierta manera preparada a todos los cambios que va a tener.

El nacimiento de un hijo suele ser un acontecimiento feliz y gratificante, pero algunas mujeres viven el parto como un proceso traumático, y esto impactará en su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia y el vínculo con el hijo. Por lo que no tendrán un vínculo entre madre e hijo muy favorable. En algunos casos se puede reflejar la depresión post parto meses, hasta incluso años, donde la madre no mantiene un vínculo con su hijo, y con su familia que la rodea.

Las causas de una depresión post parto son diversas y entre ellas podemos encontrar la alteración bioquímica hormonal que puede producirse en el organismo, el cual es aproximadamente de 40 días.

Otra de las causas más frecuentes en la depresión postparto es por el estado social psicológico de salud, nivel socioeconómico bajo, esto puede ocurrir con periodos alternativos de: enojo, ira, tristeza, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, baja autoestima, fatiga, aislamiento etc.

Todas las madres primerizas se sienten abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto, se siente de cierta manera agotada que refleja sus emociones de forma irritante e insegura de sí misma, y por lo tanto con su propio hijo.

La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.

Donde no existe una relación y el vínculo madre e hijo, debido al estado de ansiedad sufrido por la madre, y la importancia de este contacto en los primeros días de vida. Por lo que será de vital consideración analizar determinados aspectos como: la relación de apego, el método canguro, la importancia de cubrir las necesidades alimenticias del bebé ya sea con leche materna o artificial, así como, la estancia del recién nacido en incubadora y el motivo de llegar a ella.

La depresión post parto se clasifica en tres, que es depresión post partum blues, baby blues, en depresión post parto sin psicosis, y depresión post parto con psicosis, en cada tipo de depresión se desarrollan sus síntomas de diferentes estados emocionales, por lo tanto, requieren de diferente tipo de tratamiento.

Después del parto, se tiene una etapa de sentimientos extremos e inquietudes por todos los cambios que la madre experimenta. Se le suele llamar tristezas de la maternidad y se debe a los cambios hormonales, el reajuste a la nueva vida y la emotividad de tener al bebé.

Este tipo de trastorno es bastante común y no es de mayor gravedad, normalmente desaparece en cuestión de unas semanas sin necesidad de tratamiento.

Los siguientes síntomas después del parto: Llanto, ansiedad, frustración, irritabilidad, cansancio, dificultad para dormir, dudas sobre la capacidad para ser madre, un sentimiento de que la maternidad es una responsabilidad demasiado grande.

Estos síntomas por lo general desaparecen, al menos se reducen un poco o son superados por todos los sentimientos positivos de la maternidad en cuestión de semanas.

Hay varios síntomas que se pueden identificar y son similares a los de una depresión en cualquier otro momento de la vida, agravados por los cambios en el cuerpo, especialmente de madres primerizas. Estos síntomas son: Baja autoestima, no se disfruta de actividades que antes daban placer, falta de motivación, dificultad para llevar a cabo tareas diarias. También se dan cambios en el apetito por exceso o falta del mismo.

Algunas madres experimentan deseos de aislarse o la sensación de soledad extrema, desinterés en cuidarse a sí misma, falta de interés en las actividades, irritabilidad, falta de energía, pensamientos relacionados con muerte, suicidio o hacer daño, dificultad para dormir o sueño excesivo, dificultad de concentración, problemas de memoria severos, dolores de cabeza u otras partes del cuerpo que no desaparecen, sentimientos de culpa.

Es una gran labor de enfermería, junto con el resto de profesionales sanitarios, abordar este problema apoyando y colaborando con la nueva madre para que sea capaz de superar la ansiedad o un tipo de depresión que presente, e identificar oportunamente algún tipo de riesgo que tenga y poder actuar en el momento para tratarla de inmediatez.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, específicamente en Baltimore, Maryland. De su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca.

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

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

Fue una de las más connotadas investigadoras en el área de enfermería en Estados Unidos. El desarrollo de conceptos alrededor de la enfermería como una ciencia práctica fue uno de los principales campos en los que teorizó esta enfermera, profesora e investigadora.

Uno de sus aportes primordiales consistió en un modelo de desempeño de este oficio de la salud. El mismo lo vinculó con los cuidados de las personas convalecientes. Dicho modelo ayudó a la elaboración de una consistente fundamentación de la enfermería.

Además, contribuyó a sentar las bases de este saber, poniéndolo a tono con el instrumental teórico de las ciencias modernas. Orem también consideró la noción de autocuidado como un aspecto fundamental. Lo señaló como las prácticas rutinarias que los individuos realizan en torno al cuidado y conservación de su salud y bienestar personal.

Orem realizó su escolaridad con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Después continuó su formación con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C.

Ahí se le otorgó un diploma en enfermería a la temprana edad de 16 años. Más tarde, en la Universidad Católica de América recibió el título de Ciencias en Educación de Enfermería, y en el año 1946 realizó un máster en la misma área.

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

Entre los roles desempeñados en estos centros de asistencia destacan: enfermería en el área quirúrgica, experiencia como enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados hospitalarios en servicios médicos pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en la sección de urgencias, Profesora de ciencias biológicas.

Luego de haber consolidado su formación a nivel de educación superior, Orem obtuvo una abundante experiencia. Fue entonces cuando enfocó sus propósitos en función de las áreas de la enseñanza, la investigación y la administración.

Dictó las cátedras de Ciencias Biológicas y Enfermería desde 1939 hasta 1941. Estuvo a cargo de la dirección de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. Así mismo, se desempeñó como profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América.

Incluso llegó a ejercer funciones en el Decanato de la Escuela de Enfermería de la universidad arriba mencionada entre los años 1965 y 1966.

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

También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.

Dorothea Orem también señala una definición propia de enfermería, que consiste en proporcionar a las personas asistencia directa en su autocuidado. La misma se brindará en función de sus propias demandas, y en razón de la insuficiencia de las capacidades debido a las situaciones personales de los individuos o colectivos de personas.

2.2 INFLUENCIAS

El enfoque del modelo de Orem, está dirigido al autocuidado, conceptualizándolo como la acción de las personas maduras o en proceso de maduración, que desarrollan la habilidad para cuidar de sí mismas en sus respectivos ambientes. (Orem, 1974). En su marco conceptual utiliza entre otros los siguientes elementos. Salud a lo que definió como el estado de integridad de un ser humano en la relación a los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. (Donohue, 1989). Enfermedad la definió como cualquier desviación de los anteriores. Otro elemento es la agencia de autocuidado a la que señaló como la habilidad, capacidad o poder para comprometerse en la acción y la persona que tiene la habilidad, la consideró como agente de autocuidado.

Los factores de condicionamiento básico como son el sexo, edad, escolaridad, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, factores del sistema para el cuidado de la salud, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad de los recursos, tienen influencia en la capacidad del sujeto para su autocuidado.

2.3 HIPÓTESIS

La población del sexo femenino conoce el tema de depresión post parto, sus factores de riesgo y sus consecuencias.

2.4 JUSTIFICACIÓN

A través de esta investigación se pretende identificar las intervenciones de enfermería que ayuden a las mujeres que están en el periodo del embarazo para que después de este no llegue a presentar depresión post parto, debe de conocer los principales síntomas para poder brindarle atención.

Es importante conocer los datos que demuestren incidencia de depresión post parto, y con esto guiarse para tener acciones de enfermería que beneficien a la mujer primigestas o multigestas, o bien para identificar si alguna paciente después del parto llegó a presentar depresión. Con esta investigación se justifica las acciones de enfermería que ayuden para la prevención, o bien una pronta atención y poder evitar los daños colaterales.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión post parto es una enfermedad que cada vez va aumentando con el tiempo, esta investigación tiene como finalidad de explorar las intervenciones de enfermería que se le proporciona a la mujer después del parto, ya que puede llegar a ser una patología que no puede ser detectada a tiempo, y afecta a la mujer que tiene depresión post parto y por ende afecta al recién nacido como a la familia que la rodea, por lo tanto el personal de enfermería debe de estar capacitado para poder identificar los síntomas a tiempo para poder actuar ante esta patología y por supuesto a la prevención de la misma.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

- Obtener un conocimiento actualizado para poder aplicar acciones de enfermería que ayuden a prevenir la depresión post parto, como también brindar los cuidados específicos a la mujer embarazada que tenga depresión post parto y lograr su pronta recuperación.

2.6.2 ESPECÍFICO

- Tener una información totalmente especificada para poder tener cuidados específicos que ayuden a la paciente con depresión post parto.
- Que la enfermera tenga un conocimiento a fondo de este, para identificar los síntomas y tener un pronto diagnóstico para que sea tratada con la brevedad posible.
- Brindar los cuidados adecuados a la mujer que llegue a presentar depresión después del parto.

2.7 MÉTODO

Método deductivo: para partir de datos generales, que las pacientes presenten síntomas e investigar cuales fueron las causas que produjeron la depresión post parto en las pacientes, así poder llegar a una conclusión de una manera concisa.

2.8 VARIABLES

- Variable independiente: para lograr prevenir la depresión post parto.
- Variable dependiente: identificar los riesgos a padecer depresión post parto.

2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

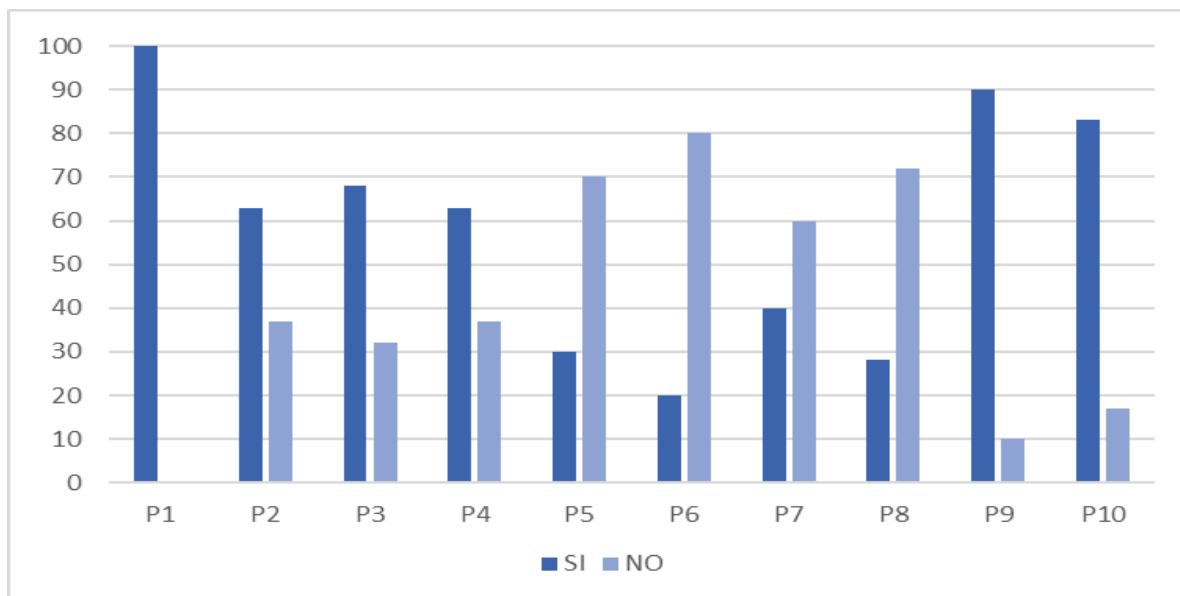
Las siguientes interrogantes se dirigen a la población de sexo femenino, que han tenido uno o más partos, para saber el grado de conocimiento de la Depresión Post parto.

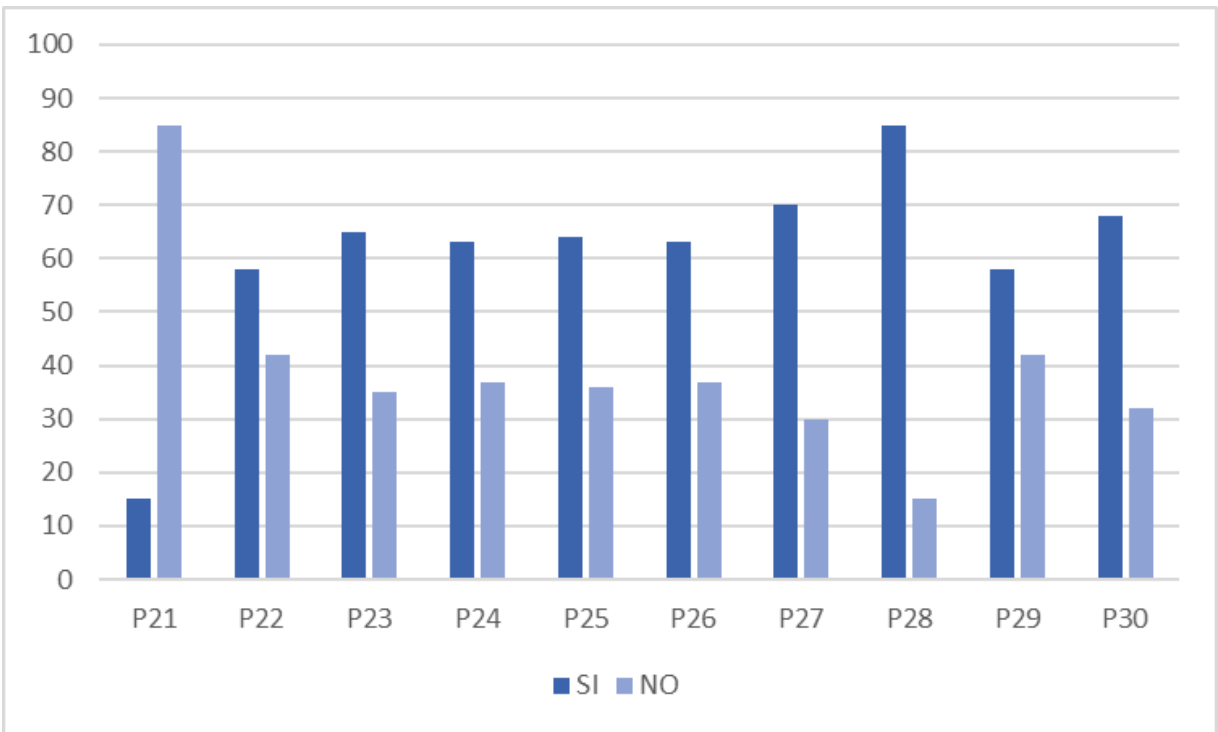
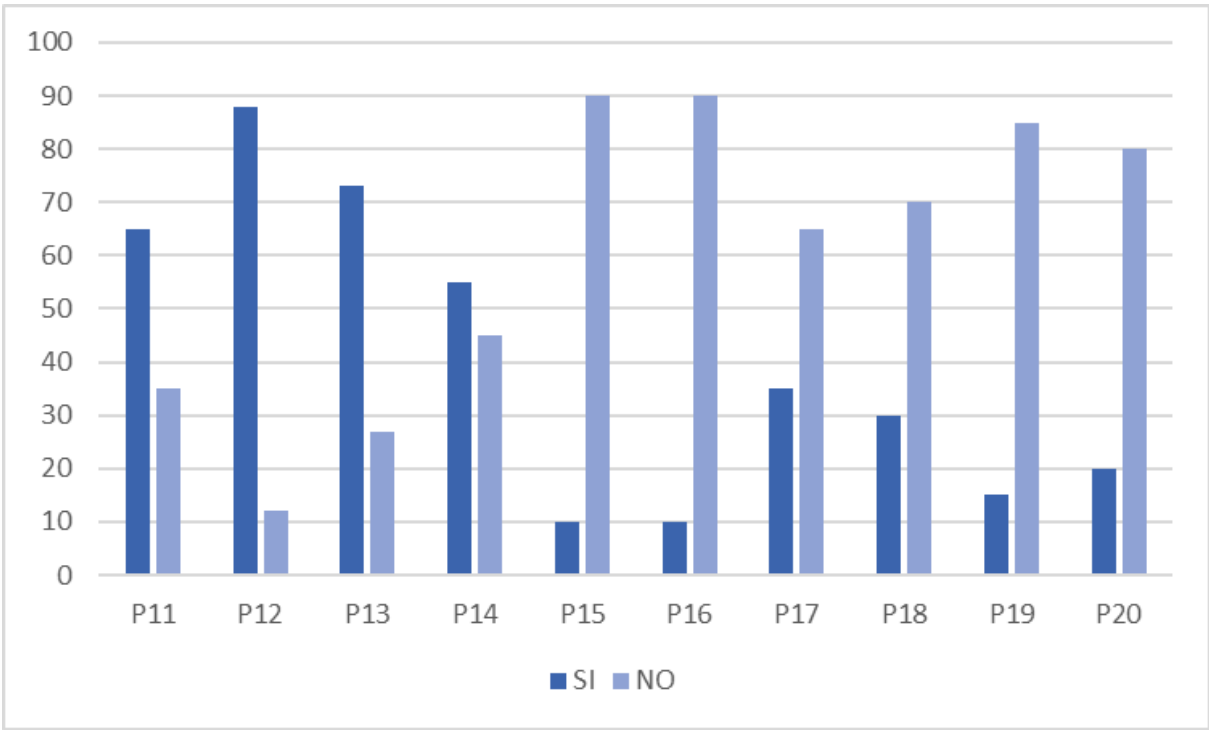
PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Sabe que es depresión?	100%	
2.¿Alguna vez ha escuchado acerca de Depresión Post Parto?	63%	37%
3.¿En algún momento se sintió triste durante el puerperio?	68%	32%
4.¿Alguna vez se sintió triste durante el embarazo?	63%	37%
5.¿Alguna vez sentía que no quería a su bebé?	30%	70%
6.¿Tuvo problemas para tener un vínculo con el bebé?	20%	80%
7.¿En algún momento no le daban ganas de brindarle lactancia materna?	40%	60%
8.¿Conoce algunos de los factores de riesgo de depresión post parto?	28%	72%
9.¿Se sintió apoyada por su pareja durante el embarazo?	90%	10%
10.¿Sintió apoyo por su familia durante el embarazo?	83%	17%
11.¿Sintió apoyo por sus amistades cercanas durante el embarazo?	65%	35%
12.¿Se sintió apoyada por su pareja durante el puerperio?	88%	12%
13.¿Se sintió apoyada por su familia durante el puerperio?	73%	27%
14.¿Se sintió apoyada por sus amistades cercanas durante el puerperio?	55%	45%
15.¿Es lo mismo depresión post parto a una depresión en el embarazo?	10%	90%
16.¿Alguna vez le diagnosticaron algún tipo de depresión?	10%	90%
17.¿Tiene antecedentes familiares que hayan sufrido algún tipo de depresión?	35%	65%
18.¿Conoce el puerperio inmediato?	30%	70%
19.¿Sabe que es depresión post parto blues?	15%	85%
20.¿Conoce depresión post parto sin psicosis?	20%	80%
21.¿Sabe a qué se refiere depresión post parto con psicosis?	15%	85%
22.¿La depresión se puede evitar?	57%	43%

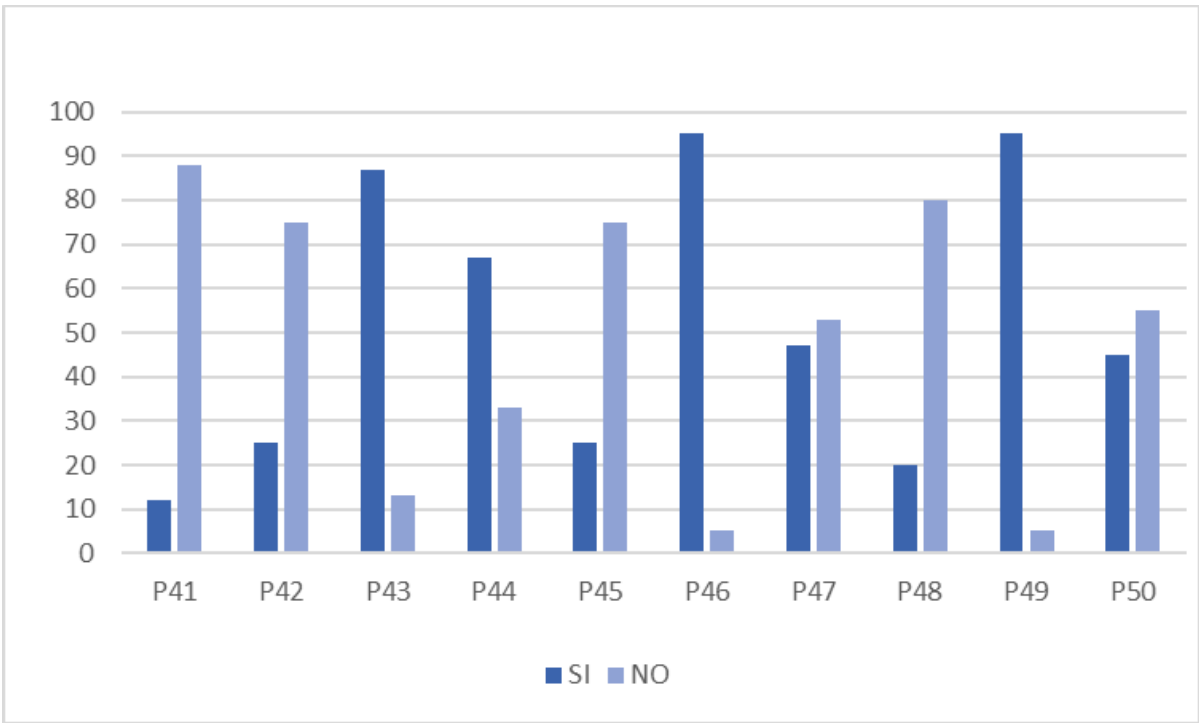
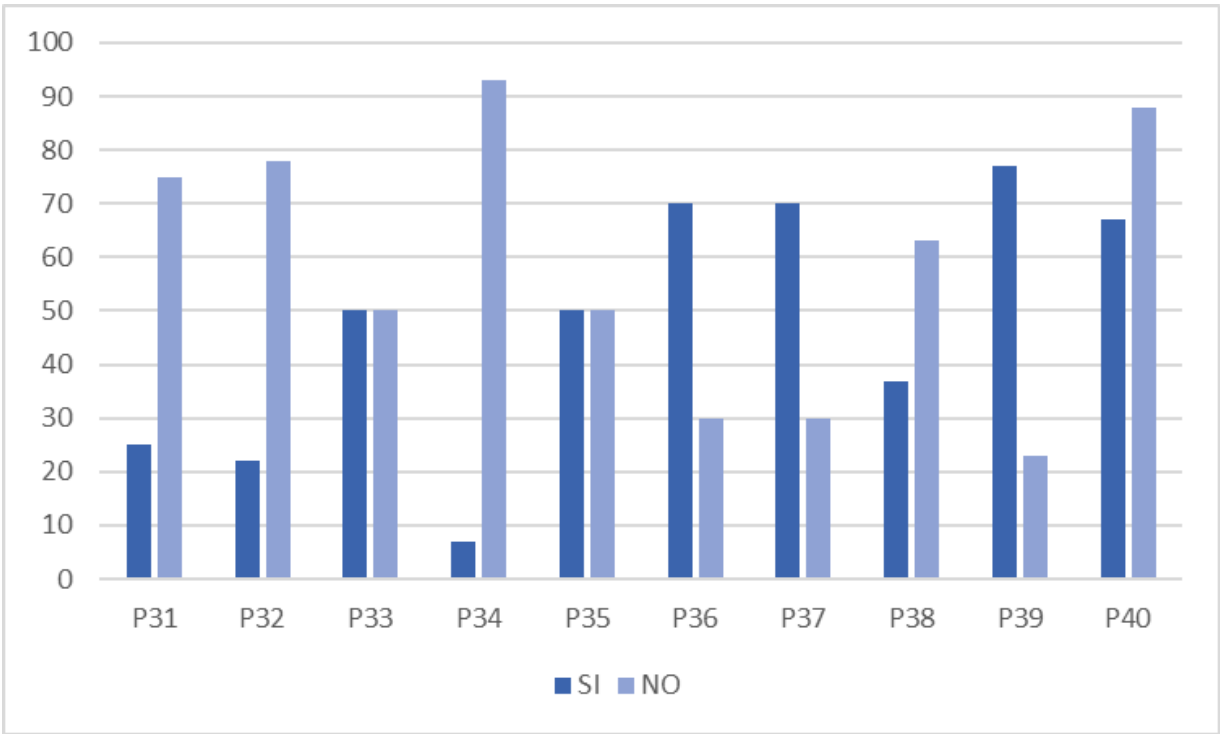
23.¿Durante el embarazo presento cambios psicoemocionales?	65%	35%
24.¿Durante el puerperio presento cambios psicoemocionales?	63%	37%
25.¿Usted sintió que obtuvo una mayor dependencia afectiva de las personas que la rodean, durante el puerperio?	64%	36%
26.¿Durante el embarazo le hablaron de los cambios fisiológicos y anatómicos que iba a tener?	63%	37%
27.¿Cree que durante el embarazo tenía hábitos de vida saludable?	70%	30%
28.¿Usted cree que la lactancia materna es importante?	85%	15%
29.¿Acudió a todas sus citas médicas necesarias?	58%	42%
30.¿Sentía confianza al acudir a las citas médicas?	68%	32%
31.¿Sabe cómo se origina la depresión post parto?	25%	75%
32.¿Sabe cómo actúan los estrógenos en el organismo?	22%	78%
33.¿Conoce la función de la progesterona en el organismo?	50%	50%
34.¿Durante el puerperio se sentía afectada por el ambiente que la rodeaba?	7%	93%
35.¿Cree que la cultura, y la comunidad donde vive sea un factor de riesgo?	50%	50%
36.¿Usted cree que el recién nacido provoca cambios en la vida de la mujer, lo cual contribuye a padecer depresión?	70%	30%
37.¿La falta de sueño, la tensión, los sentimientos abrumadores son factores de riesgo de padecer depresión post parto?	70%	30%
38.¿En algún momento sintió que perdió el control y la libertad de su vida?	37%	63%
39.¿Alguna vez sintió que no estaba preparada ni capacitada ante la maternidad?	77%	23%
40.¿Su o sus embarazos fueron planeados?	67%	33%

41. ¿Se considera una persona de baja autoestima?	12%	88%
42. ¿Conoce la clasificación del embarazo?	25%	75%
43. ¿Cree que el útero sufre cambios importantes?	87%	13%
44. ¿Durante el embarazo tenía miedo sobre los cambios que iban surgiendo?	67%	33%
45. ¿Alguna vez durante el puerperio sintió desprecio por las personas en su alrededor?	25%	75%
46. ¿Considera que la nutrición es muy importante?	95%	5%
47. ¿Sabe que son los ácidos grasos Omega-3?	47%	53%
48. ¿Sabía que el Omega-3 disminuye la posibilidad de sufrir Depresión post parto, y durante el embarazo?	20%	80%
49. ¿Conoce la importancia de las vitaminas?	95%	5%
50. ¿Cree que las mujeres menores de 20 años tienen más susceptibilidad de padecer Depresión Post parto?	45%	55%

2.10 GRÁFICAS







Los resultados de las encuestas aplicadas a la población femenil de diferentes edades son los siguientes:

Interrogante 1: El 100% de las mujeres tiene conocimiento acerca de la Depresión.

Interrogante 2: El 63% sabe acerca de la depresión post parto, sin embargo, el 37% no tiene conocimiento del tema.

Interrogante 3: El 68% de las mujeres tuvieron una misma emoción al momento de nacieron sus hijos, por otro lado, el 32% tuvieron distintas emociones.

Interrogante 4: El 63% se sintió triste durante el embarazo, mientras que el 37% no.

Interrogante 5: El 30% en algún momento sintió que no quería a su bebé, y el 70% no tuvo esta sensación.

Interrogante 6: El 20% de las mujeres confirmaron tener problemas para tener un vínculo con su bebé, mientras que el 80% no.

Interrogante 7: El 40% plasmaron no tener en algún momento la necesidad de brindarle lactancia a su bebé, mientras que el 60% no sintió esta necesidad.

Interrogante 8: El 28% conoce algunos factores de riesgo de la DPP, y el 72% no tiene conocimientos de ellos.

Interrogante 9: El 90% de las mujeres se sintió apoyada por su pareja durante el embarazo, mientras que el 10% no.

Interrogante 10: El 83% se sintió apoyada por su familia en el embarazo, y el 17% no.

Interrogante 11: El 65% sintió un apoyo por sus amistades, mientras el 35% no.

Interrogante 12: El 88% sintió apoyo por parte de su pareja en el puerperio, por otro lado, el 12% no.

Interrogante 13: El 73% se sintió apoyada por su familia en el puerperio, mientras que el 27% no.

Interrogante 14: El 55% sintió apoyo de sus amistades, mientras que el 45% no.

Interrogante 15: El 10% de las mujeres afirmaron que es el mismo la depresión post parto a una depresión en el embarazo, y el 90% no.

Interrogante 16: El 10% de las mujeres le diagnosticaron depresión, y el 90% de las mujeres no.

Interrogante 17: El 35% tiene antecedentes familiares de algún tipo de depresión, y el 65% no tiene este tipo de antecedentes.

Interrogante 18: el 30% tiene el conocimiento acerca del puerperio inmediato, y el 70% no.

Interrogante 19: El 15% conoce la depresión post parto baby blues, mientras el que el 85% no tiene conocimiento.

Interrogante 20: el 20% conoce la depresión post parto sin psicosis, y el 80% no.

Interrogante 21: El 15% de las personas conocen la depresión post parto con psicosis, y el 85% no.

Interrogante 22: El 57% afirmaron que la depresión se puede evitar, mientras que el 43% no.

Interrogante 23: El 65% de las mujeres presentaron cambios psicoemocionales en el embarazo, y el 35% no presentaron.

Interrogante 24: El 63% presentaron cambios psicoemocionales durante el puerperio, y el 37% no.

Interrogante 25: El 64% obtuvieron una mayor dependencia afectiva de las personas que la rodeaban, durante el puerperio, mientras el 36% no.

Interrogante 26: El 63% les hablaron de los cambios fisiológicos y anatómicos que iban a surgir, y el 37% no les hablaron de los cambios.

Interrogante 27: El 70% de las mujeres confirmaron que tenían hábitos saludables durante el embarazo, mientras que el 30% no.

Interrogante 28: El 85% afirmaron que la lactancia materna es importante, y el 15% no.

Interrogante 29: El 58% de las mujeres acudieron a las citas necesarias durante el embarazo, mientras que el 42% no acudieron a sus citas necesarias.

Interrogante 30: El 68% afirmaron confianza al acudir a las citas médicas, mientras que el 32% no.

Interrogante 31: El 25% sabe cómo se origina la depresión post parto, y el 75% desconocen.

Interrogante 32: El 22% de las mujeres saben cómo actúan los estrógenos en el organismo, mientras que el 78% no sabe.

Interrogante 33: El 50% conoce la función de la tiroides, y el otro 50% no la conoce.

Interrogante 34: El 7% afirmaron sentirse afectadas por el ambiente que las rodeaba durante el puerperio. Mientras que el 93% no se sintieron afectadas.

Interrogante 35: El 50% afirmaron que la cultura y la comunidad donde vive es un factor de riesgo para padecer depresión post parto, mientras que el 50% no cree que sea un factor de riesgo.

Interrogante 36: El 70% de las mujeres afirmaron que el recién nacido provoca cambios en la vida de la mujer, lo cual contribuye a padecer depresión post parto, por otro lado, el 30% negaron esto.

Interrogante 37: El 70% afirmaron que la falta de sueño, la tensión, los sentimientos abrumadores, son un factor de riesgo de DPP, mientras que el 30% dijeron que no.

Interrogante 38: El 37% sintió que perdió el control y la libertad de su vida, y el 63% no.

Interrogante 39: El 77% sintió que no estaba preparada, ni capacitada ante la maternidad, mientras que el 23% no lo presento.

Interrogante 40: El 67% de las mujeres afirmaron que sus hijos fueron planeados, mientras que el 33% no lo fueron.

Interrogante 41: El 12% se consideraron una persona de baja autoestima, por otro lado, el 88% no se considera con baja autoestima.

Interrogante 42: El 25% conocen la clasificación del embarazo, u el 75% no.

Interrogante 43: El 87% afirmaron que el útero sufre cambios importantes, por otro lado, el 13% no cree que útero sufre cambios.

Interrogante 44: El 67% afirmaron tener miedo en el embarazo sobre los cambios que iban surgiendo, y el 33% no.

Interrogante 45: El 25% afirmaron sentir desprecio por las personas que las rodeaban, mientras que el 75% no sintieron desprecio.

Interrogante 46: el 95% consideraron que la nutrición es importante, y el 5% no la considero importante.

Interrogante 47: El 47% saben acerca de los ácidos grasos, mientras que el 53% no.

Interrogante 48: El 20% sabía que el Omega-3 disminuye la posibilidad de padecer DPP, y el 80% lo desconocían.

Interrogante 49: el 95% conocen la importancia de las vitaminas, mientras que el 5% la desconocen.

Interrogante 50: El 45% afirmaron que las mujeres menores de 20 años son más susceptibles a padecer DPP, y el 55% no.

3. GENERALIDADES

3.1. Intervenciones de enfermería:

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería.

3.2 Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

3.3 Embarazo:

Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento.

3.4 Parto:

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

3.5 Cesárea:

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

3.6 Post parto:

Período de tiempo que engloba las primeras seis u ocho semanas después del parto (aproximadamente, cuarenta días). Es una etapa de grandes cambios en el cuerpo de la mujer, ya que todos los órganos involucrados en el embarazo y el parto vuelven a su estado anterior.

3.7 Depresión post parto:

Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.

3.8 Nacimiento:

Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

3.9 Alojamiento conjunto:

Ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.10. Lactancia materna:

Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.11 Periodo neonatal:

A la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

3.12 Puerperio normal:

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

3.13 Puerperio inmediato:

Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

3.14 Puerperio mediato:

Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

3.15 Puerperio tardío:

Periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

3.16 Recién nacido:

Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.2 CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN POST PARTO

3.2.1 Depresión post parto baby blues.

A esta condición se le conoce como maternity blues o baby blues y este no requiere de tratamiento farmacológico. Tiene altibajos emocionales, así como cambios de respuesta emocional después del parto.

3.2.2 Depresión post parto sin psicosis.

Tiene un impacto mayor con los familiares, ya que presentan algunas ideas de suicidio, las mujeres con depresión post parto sin psicosis pueden tener incluso ideas obsesivas comúnmente con la posibilidad de hacerle daño al lactante. Dura más que el post parto blues.

3.2.3 Depresión post parto con psicosis.

Es una condición severa de trastornos psiquiátricos post parto, este ocurre en las primeras 24 horas o a las dos semanas después del parto. Los síntomas se desarrollan en las primeras 48- 72 horas después del parto.

3.3 CARACTERÍSTICAS

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima. La depresión puede llegar a ser crónica o de forma recurrente, si esta es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos y psicoterapias profesionales.

La característica esencial de un episodio depresivo es un periodo de al menos 2 semanas durante el que ya hay un estado de ánimo deprimido, una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

La depresión se puede evitar siempre y cuando la paciente esté presente en todo su control prenatal, para poder detectar algunos cambios que no se hayan visto y poder intervenir para que esto no llegue a graves consecuencias.

En la práctica clínica se observa que es muy importante el seguimiento de los embarazos es realizado habitualmente por el médico de familia, teniendo un buen lazo de unión con atención especializada.

Desde enfermería también se tiene la oportunidad de influir, brindando apoyo y aportando los conocimientos para que la futura madre cuide de sí y de su hijo que va a nacer. En esta etapa es muy importante implementar la promoción de la salud y la educación sanitaria, ya que son esenciales para mujeres de bajo riesgo obstétrico que le ayudará a poner en práctica medidas saludables. Buscando la manera en que ellas se sentirán más cómodas y con niveles bajos de ansiedad si reciben la información necesaria del proceso en el que se encuentran.

La educación sanitaria que se le da a la gestante, se agrupa en tres en tres áreas de intervención donde el personal de enfermería tiene un papel muy importante para poder interactuar de una manera muy solidaria, y así las pacientes se sientan con más confianza y platicar los cambios físicos y emocionales que ha tenido.

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

En esta área se debe explicar de una manera muy concisa la cantidad de las visitas prenatales que se debe realizar, informar por qué son más frecuentes al final del embarazo.

Como también hacer saber que se le pedirán estudios de complemento para verificar el estado de su embarazo.

- Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo:

Esta área es muy importante, ya que existe suficiente información sobre los diferentes cambios que va a tener con el transcurso del tiempo, es sumamente importante tener énfasis en los cambios psicoemocionales, esto por los distintos cambios que van surgiendo, para que se sienta satisfecha de dar vida a un nuevo ser que está creciendo en ella, pero al mismo tiempo tener miedo y algunos temores sobre los cambios.

Tendrá una mayor labilidad emocional: tienden a cambiar de un estado emocional a otro de una manera muy rápido.

Logra tener una mayor dependencia afectiva de las personas importantes, o bien en algunos casos tiende a alejarse de ellas. Es muy importante contar con un buen apoyo profesional y de la familia.

Cambios anatómicos y funcionales. Es importante explicar a la mujer cuáles son las modificaciones más frecuentes en esta etapa, cómo y por qué se producen, para que no sean causa de ningún tipo de preocupación.

- Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables

Este asesoramiento se adaptará de acuerdo a las necesidades de la mujer embarazada dependiendo de las semanas de gestación en las que se encuentre, como también de los datos obtenidos de su situación personal, como es su estilo de vida y en que entorno convive. Otro punto muy importante es el vínculo que tendrá la madre con el recién nacido, a través de la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la lactancia materna como un acto natural, es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres, cuando una madre tiene algún tipo de depresión, no tiene este vínculo, tienden a alejarse el

recién nacido por miedo, o simplemente no quieren tener un vínculo con ellos, por lo tanto, afecta al recién nacido porque no le brinda la lactancia y no tiene los nutrientes necesarios, ni un apego importante. Además, ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

Durante el embarazo como ya se menciona es muy importante que tenga sus citas de una manera periódica, y tener un control de manera muy concisa, por lo anterior es importante que se conozca la: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA; Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

La cual tiene disposiciones generales:

Entre ellas se encuentra la atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

En la atención del embarazo:

Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

- 1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;
- 2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

- 3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;
- 4ª consulta: 22 semanas;
- 5ª consulta:
- 28 semanas;
- 6ª consulta: 32 semanas;
- 7ª consulta: 36 semanas;
- y 8ª consulta: entre 38 - 41 semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

Como se menciona permite detectar algunos riesgos, en este caso es, detectar algún riesgo que implique la depresión y tener una valoración a tiempo y de manera efectiva. Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

Por lo anterior es muy importante conocer todos los riesgos que se presenten en el embarazo, para poder actuar de una forma muy adecuada y lograr prevenir la depresión, brindar la información adecuada a la mujer embarazada, saber sus

antecedentes familiares con alguna depresión, o bien ella ha presentado episodios de depresión anteriormente, para poder darle un seguimiento oportuno en especial.

3.4 ETIOPATOGENIA

Durante el embarazo, los niveles hormonales suben constantemente durante nueve meses antes de caer de un cambio brusco al término del embarazo; estos mismos continúan cayendo hasta volver a la normalidad, alcanzando a los niveles que poseía anteriores al embarazo.

Como consecuencia de ello, muchas mujeres se sienten emocionalmente frágiles luego de haber dado a luz a sus bebés. Para algunas mujeres, este drástico cambio en los niveles hormonales traerá como consecuencia depresión postparto.

La disminución repentina en los niveles de estrógeno y de progesterona es la razón encubierta detrás de la depresión postparto.

Existen también factores por el cual se origina la depresión post parto, se asocia con los bajos niveles de la tiroides.

Las personas son afectadas e influenciadas por el ambiente que las rodea. Las mujeres que padecen depresión postparto deben de ser examinadas relacionándolas con respecto a su familia, su lugar de trabajo, la comunidad en la que viven, la sociedad y la cultura propia del lugar en el que habitan.

Los cambios que un bebé recién nacido provoca en la vida de la mujer contribuyen a que la misma tenga una mayor probabilidad de padecer depresión. La falta de sueño, la tensión emocional, los sentimientos abrumadores, el hecho de experimentar pérdida de identidad, y de sentir que ha perdido el control y la libertad de su vida podrían impactar negativamente en su estado anímico.

Las mujeres que no cuentan con el apoyo de su pareja, de su familia o el entorno social, tanto emocional también son unas personas más vulnerables a padecer depresión postparto.

3.5 FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

3.5.1 Factores biológicos

Los niveles de estrógenos y progesterona son más altos antes del embarazo.

3.5.2 Factores psicosociales

Estos factores psicosociales son “aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición en los individuos afectados de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones del homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros.”

El sentimiento de falta de preparación y de incapacidad frente a la maternidad, la idealización de la maternidad, la preocupación con la vida profesional y con la situación financiera contribuye para el desarrollo de la depresión post parto.

Los factores psicosociales van a afectar sobre todo a primíparas, en las que es necesario un apoyo adicional. Estos factores están presentes en todos los ámbitos que rodean a la gestante:

3.5.3 Ámbito individual

Es importante conocer si el embarazo es deseado o no, ya que puede suponer un factor estresante.

3.5.4 Ámbito familiar

Pueden contar con familiares próximos y eso tiene una ventaja para que se sientan de un ambiente favorable.

3.5.5 Ámbito social

La situación laboral de la mujer o la de su pareja puede suponer una fuente de estrés por encontrarse con un sueldo bajo.

3.5.6 Ámbito personal

Las pacientes con determinados trastornos de la personalidad, alteraciones en la autoestima y en los mecanismos de defensa, ser inseguros, perfeccionismo, personas con baja autoestima, tienen una mayor tendencia a padecer depresión.

3.5.7 Alteraciones genéticas

Los antecedentes heredofamiliares, la susceptibilidad de la depresión, son en personas con ciertos trastornos bipolares.

3.6 TRASTORNOS AFECTIVOS POST PARTO

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertos cambios en la esfera mental. Entre otros factores se encuentran los psicosociales, y ambientales.

La presencia de algunos síntomas mentales durante el embarazo o post parto, tienen un gran impacto en las consecuencias y en las posibles complicaciones.

3.7 EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas.

3.7.1 A nivel mundial

Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”.

Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal, Organización Panamericana de la salud (OPS).

3.7.2 En México

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Según la Organización Panamericana de la salud (OPS).

3.8 TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN POST PARTO

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.

3.8.1 Tratamiento farmacológico

Para el manejo de las pacientes con depresión es importante el asesoramiento general en un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar:

- Uso de alcohol y drogas
- Dieta y comportamientos alimentarios
- Actividades personalmente significativas
- Problemas de sueño

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

Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas.

Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas.

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

- Manejo farmacológico durante la lactancia.

La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anormales probablemente asociados con la exposición al medicamento.

3.8.2 Tratamiento psicosocial.

- Terapias psicosociales, de soporte.
- Intervenciones de pareja
- Intervenciones madre-infante
- Actividad física
- Psi coeducación
- Terapia cognitivo- conductual

3.8.3 Tratamiento con terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos

Las pacientes deben mantenerse con antidepresivos después de una respuesta exitosa a la terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva puede ser considerada como tratamiento de primera línea para las pacientes con depresión severa y con retraso psicomotor grave, tendencias suicidas activas y características psicóticas.

4. EMBARAZO

4.1 CONCEPTO

El embarazo es un estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión de dos gametos (ovulo y espermatozoide) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

La OMS define al embarazo como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.

4.2 DURACIÓN DEL EMBARAZO

La duración del embarazo se puede denominar en diferentes maneras como a continuación se presentará:

- Tiene una duración de 280 días.
- 40 semanas.
- 9 meses lunares.
- 3 trimestres
- 2 mitades

Durante el embarazo se le denomina embrión al producto de la concepción hasta las 8 SDG, después de estas 8 SDG se le denomina feto hasta el nacimiento.

4.3 CONTROL PRENATAL

Es una serie de consultas médicas que se realizan durante el transcurso del embarazo.

La NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA, define al control prenatal como a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

4.3.1 El objetivo del control prenatal

Consiste en detectar oportunamente alguna anomalía que pueda afectar a la madre y/o al feto y tratar de corregir a tiempo.

Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

- 1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;
- 2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;
- 3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;
- 4ª consulta: 22 semanas;
- 5ª consulta: 28 semanas;
- 6ª consulta: 32 semanas;
- 7ª consulta: 36 semanas;
- y 8ª consulta: entre 38 - 41 semanas.

La frecuencia de consultas prenatales como mínimo especifica la norma que de ser 5 consultas prenatales durante el embarazo.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata.

La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de

vías urinarias, infecciones periodontales y pre eclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

Se tiene que promover el ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

Es muy importante calcular la edad gestacional y la probable fecha de parto mediante la regla de Naegele:

FUM + 7 días – 3 meses= FPP.

En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

4.4 CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO

Durante el embarazo se puede clasificar en bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo, a continuación, se desglosará:

4.4.1 El embarazo de Bajo Riesgo:

Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.

4.4.2 Embarazo de mediano riesgo:

El embarazo de mediano riesgo las pacientes tienen anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente. Una baja estatura que es menor a 1.50 metros, cuando hay existencia de cardiopatía, que no limita su actividad física, si presenta alguna

patología psicosocial, cuando hay una edad extrema ya sea menor de 15 años o mayores de 35 años. Si es una paciente fumadora habitual, gran multiparidad, cuando existe hemorragia del primer trimestre, incremento de peso menor de 5 kilos o superior a 15 kilos al final del embarazo, obesidad con índice de masa corporal mayor a 30.

Estos son algunos de los rasgos que se toman en cuenta para este tipo de embarazo que es el mediano riesgo.

4.4.3 Embarazo de alto riesgo

El embarazo de Alto Riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo, según Formulario de Clasificación de OMS Modificado.

En este tipo de embarazo se toman en cuenta amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37), diabetes mellitus previa a la gestación, cuando existe el consumo de tóxicos ya sea el alcohol o bien las drogas, incompetencia cervical, alguna malformación uterina, muerte perinatal recurrente, placenta previa, pre eclampsia, algún tipo de patología asociada grave, rotura de membranas o bien positividad al VIH, SIDA y algunos complejos asociados.

4.5 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo y nacimiento son procesos complejos que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados; para poder afrontarlos, las mujeres presentan cambios y adaptaciones importantes influenciados en gran medida por hormonas, y otros se originan por factores relacionados con el crecimiento del feto dentro del útero. Los tres primeros meses del embarazo sirven de prelude de lo que serán seis meses de felicidad, pero

también de fatiga y de continuos cambios físicos que pueden afectar psicológicamente.

Entre los más notables tenemos:

- Útero

Durante el embarazo experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales: albergar al feto, la placenta y la bolsa de líquido amniótico. Convertirse en un potente órgano que se contrae y que es capaz de generar la fuerza necesaria para lograr la expulsión del bebé en el momento del parto. En condiciones normales el útero pesa aproximadamente 100 g y al final del embarazo puede llegar a pesar 1000 g, debido a la estimulación hormonal y a la distensión por el crecimiento progresivo del feto.

- Glándulas mamarias

Desde la fase más precoz de la gestación y como consecuencia de los cambios hormonales se puede notar un aumento de sensibilidad, tensión y hormigueo en los pechos. A partir del segundo trimestre las mamas aumentan de tamaño hasta dos tallas.

- Peso

El peso en la embarazada aumentará de forma gradual a lo largo de los 9 meses de 8 a 12 Kg.

- Cambios sanguíneos

Durante el embarazo se produce una anemia fisiológica que resulta del aumento de volumen plasmático por lo cual será normal que los glóbulos rojos desciendan un poco a partir del segundo trimestre.

- Sistema cardiovascular

El corazón aumenta su frecuencia y disminuye la tensión arterial. La circulación es más lenta (sobre todo en las piernas) debido al peso del útero que dificulta el retorno venoso. De ahí la aparición de las várices en las piernas y el edema de los pies al estar mucho tiempo de pie.

- Aparato respiratorio

Debido al aumento del tamaño del útero y la ocupación por él de parte del tórax, van a incrementarse el número de respiraciones por minuto.

- Aparato urinario

Causado también por el aumento del útero (que comprime la vejiga) y a un aumento de la producción de orina, la embarazada va a orinar con más frecuencia.

- Aparato digestivo

A partir de la 6 semana aparecen náuseas y vómitos matutinos debido a la hormona gonadotropina coriónica humana. En las últimas semanas aparece pirosis consecuencia directa del cambio de posición del estómago por el crecimiento del útero.

- Sistema musculo- esquelético

Lo más característico es la lordosis (encorvamiento del cuerpo hacia adelante) progresiva, se trata de un mecanismo compensador del aumento de peso en la parte anterior del cuerpo, es decir, se arquea la columna, estos cambios pueden producir dolores de espalda sobre todo al final del embarazo.

- Fatiga

Muchas mujeres se sienten más cansadas de lo normal, en especial a principios y finales del embarazo. Es estas etapas el cuerpo está produciendo nuevas hormonas y creando muchos cambios.

- Cambios de humor

Es normal tener cambios de humor frecuentes durante el embarazo porque los cambios hormonales por los que pasa el cuerpo afectan el nivel de los neurotransmisores que contribuyen a crear el estado de ánimo.

- Cambios en la piel

La variación en los niveles hormonales durante el embarazo puede producir una amplia gama de cambios en la piel: desde estrías y acné hasta el oscurecimiento

de la piel. La mayor parte de los cambios desaparecen al poco tiempo del parto; a excepción de las estrías que solo cambian a color blanco nacarado.

- Sensibilidad a los aromas

Es común que, durante el primer trimestre, aquellos olores que antes le agradaban, hoy los sentirá más fuertes y en algunos casos simplemente no se toleran. Se produce por causa de la progesterona, una hormona que se aumenta durante el embarazo, cuya máxima concentración se manifiesta entre las 8 y 12 semanas, luego de esa fecha la sensibilidad debería disminuir.

4.6 CAMBIOS EN EL POST PARTO

Durante las seis semanas siguientes al parto, el cuerpo de la mujer sufre una serie de cambios que pueden ocasionar alguna molestia pasajera.

- Loquios

En los días que siguen al parto la mujer expulsa los restos de sangre y tejidos que quedan dentro del útero, a veces forman coágulos. Al principio son rojizos y conforme pasan los días van siendo más claros, de color rosado hasta volverse amarillentos. Suelen durar de 4 a 5 semanas.

- Estreñimiento y hemorroides

Muchas mujeres ya las sufren y empeoran con el parto por los esfuerzos realizados durante el período de expulsión.

- Caída de cabello

Los estrógenos y progestágenos disminuyen posterior al parto, al igual que la producción de queratina (proteína que conforma la mayor parte del cabello) y esto afecta el folículo piloso que se debilita, dando lugar a la caída del cabello.

- Cansancio

La llegada del bebé trastorna la rutina del hogar y multiplica el trabajo por dos; a ello se le suma el cansancio físico del parto, los cambios hormonales y la posible presencia de una anemia. Que incluso puede llegar a ser una depresión post parto.

- Cambio en las glándulas mamarias

Las mamas durante el segundo al tercer día, suelen ponerse duras, hinchadas, tensas y dolorosas, esta sensación va seguida de la secreción de leche; puede aumentar la temperatura corporal como máximo 38.5°C y no dura más de un día.

- Alteraciones emocionales

Tener un bebé es un acontecimiento feliz para la mayoría de las mujeres, pero los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales hacen que las mujeres sean más vulnerables a cambios de su estado de ánimo postparto. Podemos tener cambios desde melancolía post parto que afecta a un 70-80% de la población, depresión post parto de un 10-20 % de las mujeres y psicosis postparto que es una enfermedad aguda y grave que afecta a 1-2/1000 de las mujeres en le postparto.

4.7 NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO

4.7.1 Nutrición

Se define como la satisfacción de las necesidades orgánicas en cuanto a requerimientos diarios para lograr un buen funcionamiento de todos los aparatos y sistemas del organismo.

Una alimentación ideal debe estar constituida por las vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas.

El aumento del peso en la mujer embarazada debe de ser de acuerdo a su constitución:

- Una mujer delgada, es decir con un IMC menor debe de tener un aumento de 15 a 108 kilos.
- En el peso ideal, cuando el IMC es acorde, el aumento es de 11 a 13 kilos.
- Cuando existe sobrepeso u obesidad, IMC mayor, debe de tener un aumento de 9 a 10 kilos.

Es importante saber que durante los primeros tres meses algunas pacientes tienden a bajar de peso.

El peso de la mujer embarazada al término se distribuye de la siguiente manera:

- 3500 gr para el producto
- 800 gr placenta
- 900 gr líquido amniótico
- 1500 gr sangre
- 800 gr Mamas
- 1500 gr líquidos varios.

Es un aumento aproximadamente de 8- 9 kilos.

El peso de la paciente después de la semana 20 debe de ser aproximadamente de 453 a 500 gr por semana.

Una mujer embarazada nunca debe de tener una dieta de reducción.

- Proteínas

Durante el embarazo las proteínas son básicas para el buen funcionamiento del organismo materno, de la placenta, así como la del feto, incrementándose las necesidades de las proteínas un 12%.

Las proteínas ingeridas se distribuyen de la siguiente manera:

- 50% para el feto
- 20% para la madre
- 15% para la sangre y el líquido amniótico
- 10% para la placenta
- 5% para diversas funciones

Lo cual permite el crecimiento del feto, placenta y órganos que se hipertrofian en la madre como son, el útero y mamas.

- Grasas

Las grasas son una fuente importante de energía, ya que contienen las vitaminas liposolubles como lo son las vitaminas A, D, E, K. Las grasas forman parte de la pared celular y también actúan en el SNC en diferentes reacciones.

Algunos fosfolípidos tienen actividad tensa activa en el pulmón del recién nacido evitando así el colapso pulmonar.

La utilidad de las grasas durante el embarazo es que contienen las vitaminas liposolubles, forman parte de la grasa del feto: del panículo adiposo y vermix caseoso, y ayudan a la formación del surfactante para la maduración pulmonar.

- Carbohidratos

Los carbohidratos también llamados hidratos de carbono son los azúcares, almidones y fibras que se encuentran en una gran variedad de alimentos como frutas, granos, verduras y productos lácteos.

Se llaman hidratos de carbono, ya que a nivel químico contienen carbono, hidrógeno y oxígeno.

Durante el embarazo los carbohidratos complejos (como la fruta y la verdura) alivia el estreñimiento que se puede sufrir durante el embarazo. O bien también observan que los carbohidratos reducen las náuseas que aparecen durante el primer trimestre.

4.8 IMPORTANCIA DE OMEGA-3 DURANTE EL EMBARAZO.

Los ácidos grasos Omega-3 se encuentran en alimentos como el pescado y la linaza, y en suplementos dietéticos como el aceite de pescado.

Los tres principales ácidos grasos omega-3 son el ácido alfa-linolénico (ALA), el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA). El ALA se encuentra principalmente en aceites vegetales como el aceite de linaza, de soja (soya) y de canola. Los DHA y EPA se encuentran en el pescado y otros mariscos.

El ALA es un ácido graso esencial, es decir, que el organismo no lo produce, de manera que usted lo tiene que obtener de los alimentos y de las bebidas que consume. El organismo puede convertir un poco de ALA en EPA y luego en DHA, pero solamente en cantidades muy pequeñas. Por lo tanto, la única manera práctica de aumentar las concentraciones de estos ácidos grasos omega-3 en el organismo

es obteniendo los EPA y DHA de los alimentos (y de los suplementos dietéticos, si los toma).

Los ácidos grasos omega-3 son componentes importantes de las membranas que rodean cada célula en el organismo. Las concentraciones de DHA son especialmente altas en la retina, el cerebro y los espermatozoides. Los omega-3 también proporcionan calorías para dar al organismo energía y tienen muchas funciones en el corazón, los vasos sanguíneos, los pulmones, el sistema inmunitario y el sistema endocrino (la red de glándulas productoras de hormonas).

En el embarazo, los nutrientes de calidad son esenciales para el buen desarrollo del bebé. Uno de ellos es el omega 3, que aporta importantes beneficios en el embarazo.

La ingesta diaria recomendada de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 es de 2 gramos al día para las gestantes durante los seis primeros meses, cantidad que aumenta a entre 2 y 2,5 gramos durante el tercer trimestre de embarazo y la lactancia.

4.8.1 Beneficios de omega- 3

- Mejora la función cognitiva y neurológica en el bebé: favorece el desarrollo cerebral.
- Ayuda al desarrollo de la visión y el sistema nervioso del bebé en desarrollo.
- Reduce el riesgo de parto prematuro: según algunos estudios, los suplementos de ácidos grasos omega 3 alargan el embarazo de 4 a 6 días reduciendo el riesgo de partos prematuros entre mujeres con antecedentes.
- Reduce el riesgo de preeclampsia: debido a que la preeclampsia y la hipertensión durante el embarazo están asociadas con la vasoconstricción, se cree que los ácidos grasos omega 3 pueden ayudar a mejorar estas condiciones.

- Reduce los resfriados en el bebé: consumir omega 3 en el embarazo contribuye a que los bebés tengan menos síntomas de resfriados y enfermedades de menor duración en los primeros meses de vida.
- Disminuye la posibilidad de sufrir DPP: se considera una fuente natural para el tratamiento de los estados de ánimo, consumirlos disminuye el riesgo de sufrir altos niveles de síntomas depresivos en el embarazo.
- Disminuye la probabilidad de sufrir depresión durante el embarazo.

El omega 3 es un ácido graso esencial, lo que significa que el organismo humano no lo puede fabricar a partir de otras sustancias. Tiene función antiinflamatoria y antioxidante y, además, forma parte de membranas celulares, por lo que en el embarazo debe consumirse con regularidad o suplementarse para gozar de todos sus beneficios.

4.9 VITAMINAS

Las vitaminas son sustancias presentes en los alimentos en pequeñas cantidades que son indispensables para el correcto funcionamiento del organismo. Actúan como catalizador en las reacciones químicas que se produce en el cuerpo humano provocando la liberación de energía.

4.9.1 Importancia de las vitaminas

- Nutrientes básicos esenciales
- El organismo no las produce
- Necesarias para el crecimiento y desarrollo del feto
- La deficiencia de vitaminas causa enfermedades
- No se almacenan en el organismo
- Durante el embarazo se incrementan sus requerimientos

Existen dos tipos de vitaminas:

- Hidrosolubles: son las vitaminas “C” y del complejo “B”.
- Liposolubles: son las vitaminas “A”, “D”, “E” y “K”.
- Vitamina “A”, Retinol

Es esencial para prevenir la ceguera nocturna, para la visión, para un adecuado crecimiento y funcionamiento del sistema inmunitario. Participa en la síntesis proteica y en la diferenciación celular.

- Vitamina “B-1”, Tiamina

Forma parte de la coenzima que interviene en el metabolismo energético, en la liberación de la energía de los hidratos de carbono, tiene un importante papel en la transmisión nerviosa.

- Vitamina “B-2”, Riboflavina

Necesaria para la digestión normal, para la función del sistema nervioso y en el metabolismo intermedio. Está implicada en la liberación de energía de hidratos de carbono, grasas y proteínas.

- Vitamina “B-3”, Niacina

Es fundamental en el metabolismo energético, especialmente en el metabolismo de la glucosa, de la grasa, y del alcohol, otras funciones están relacionadas con el SNC, el aparato digestivo y la piel.

- Vitamina “B-5”, Acido pantotenico

Interviene en varias etapas de la síntesis de lípidos, neurotransmisores, hormonas esteroideas y hemoglobina; y participa en el metabolismo energético.

- Vitamina “B-6”, Piridoxina

Interviene en el metabolismo de las proteínas y de ácidos grasos, en la formación de hemoglobina, de ácidos nucleicos. Tiene una función inmune y la actividad de las hormonas esteroideas.

- Vitamina “B-8”, Biotina

Interviene en el metabolismo de hidratos de carbono, ácidos grasos y algunos aminoácidos.

- Vitamina “B-9”, Ácido fólico

Es muy importante en la formación de las células sanguíneas y del ADN, en las células en fase de división rápida, por lo que sus necesidades se incrementan durante las primeras semanas de la gestación. La dosis recomendada es de 5 mg.

- Vitamina “B12”, Cianocobalamina

Necesaria junto con el ácido fólico, para las células en la fase de división activa, como la hematopoyesis de la médula ósea.

- Vitamina “C”, Ácido ascórbico

Necesaria para la síntesis de colágeno, para la correcta cicatrización, el normal funcionamiento de las glándulas adrenales y facilitar la absorción del Hierro de los alimentos de origen vegetal.

- Vitamina “D”, Colecalciferol

Tiene papel destacado en la mineralización de huesos, favorece la absorción intestinal de calcio y fósforo, aumenta su reabsorción renal.

Tiene funciones relacionadas con el sistema nervioso, cerebro, páncreas, y en la prevención de las diversas enfermedades crónicas.

- Vitamina “E”, Tocoferol

Potente antioxidante que protege a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, de esta manera interviene en el mantenimiento de la estructura de las membranas celulares. Es muy útil evitando la oxidación de los ácidos grasos poliinsaturados.

- Vitamina “K”, Fitomenandiona

Vitamina liposoluble que ayuda a la coagulación sintetizándose normalmente en el intestino por medio de flora intestinal de donde pasa al hígado distribuyéndose a todo el organismo.

También participa en la síntesis de proteínas óseas específicas y en el metabolismo de ciertas proteínas fijadoras de calcio, colaborando en el adecuado desarrollo del hueso.

5. FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO

5.1 ANTECEDENTES FAMILIARES

Los antecedentes de depresión son muy importantes de saber, durante el embarazo ya que en él se notan diversos cambios, anatómicos como fisiológicos, sin embargo, no se puede dejar a un lado los antecedentes familiares, entre los cuales se encuentran:

- Neurológicos (Psicosis, neurosis, etc.)
- Enfermedades mentales
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatías
- Cáncer
- Enfermedades contagiosas
- Malformaciones congénitas
- Hipertensión arterial

Los antecedentes familiares no se deben de dejar, por un lado, para tener un conocimiento a fondo de los riesgos que puede tener la paciente durante el periodo perinatal, y por supuesto, después del parto, todos los antecedentes son indispensables para lograr tener una atención adecuada, y saber tener un control específico, de acuerdo a las necesidades de la paciente.

5.2 ANTECEDENTES PERSONALES

En cambio, los antecedentes personales siempre deben de estar presentes en una historia clínica, son de mucha importancia para lograr tener un enfoque especial en la mujer embarazada, entre los antecedentes familiares se encuentran:

- Quirúrgicos (Fecha, tipo)
- Traumático (Fecha y tipo)
- Alergias
- Transfuncionales, reacciones
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Enfermedades

- Convulsiones
- Asma
- Bronquitis
- Neumonía
- Esquema de vacunación
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Toxicomanías
- Algún tipo de depresión

Estos son algunos de los antecedentes personales, los cuales debe de dar a conocer al médico tratante, y a la enfermera, para lograr un diagnóstico efectivo y preciso. En cuestión de la depresión es importante saber desde cuando la ha tenido, si está en tratamiento, como se encuentra del estado de ánimo con el embarazo, y explicarle cuales son los riesgos que tiene, como también brindarle una atención especializada durante su control perinatal, brindarle confianza, para que la paciente se encuentre segura, y no se sienta sola durante su embarazo.

5.3 FACTORES BIOLÓGICOS

El desarrollo biológico de una persona involucra factores orgánicos que nuestra herencia, el proceso de maduración, la influencia hormonal y el sistema nervioso determinarán una personalidad específica.

- Que se hereda
- Apariencia física
- Inteligencia
- Raza
- Temperamento

Entre los factores de riesgo biológicos se encuentra:

- Estado emocional triste
- Altos niveles de cansancio
- Trastornos del sueño

- Afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal

El eje hipotalámico-hipofisiario- adrenal es el responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés.

Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre.

Todos los cambios que se van desarrollando a lo largo del embarazo, se le debe de mencionar a la paciente para que tenga un conocimiento sobre las evoluciones que va a tener, y este más segura durante su embarazo y al concluir este, en el puerperio.

5.4 ÁMBITO INDIVIDUAL

El ámbito individual consiste desde la edad de la mujer durante el embarazo, ya que cuando son menores de 20 años de edad tienen más susceptibilidad de padecer DPP, esto se debe a que no se tiene una visión clara en esta edad, y no se tiene el conocimiento de una manera precisa, o bien cuando son mayores de 35 años de edad, ya se consideran embarazos de alto riesgo.

La depresión está relacionada con el tipo de personalidad de cada paciente. En este caso las pacientes con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus mecanismos de defensa y en la autoestima pueden tener una tendencia mayor a deprimirse.

En la personalidad se encuentran caracteres, sin embargo, aquí se puede presentar algún carácter de manera extrema, como la inseguridad, dependencia, perfeccionismo, entre otros los cuales predispone a padecer distintas depresiones.

Las personas con baja autoestima y que se abrumen fácilmente por estrés están predispuestas a la depresión.

Una asociación de depresión post parto en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y algún tipo de depresión post parto previa.

Acerca de la presencia de tristeza post parto severa, la experiencia durante el parto, las complicaciones obstétricas y las características de la salud y temperamento del recién nacido. La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto, es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

5.5 ENTORNO FAMILIAR

Las interacciones con las respectivas familias no son siempre positivas, proveedoras de apoyo, a veces las familias pueden ejercer un papel estresor al intentar intervenir en las decisiones de la pareja, en cuestión sobre el embarazo, los familiares cercanos de la mujer embarazada deben de tratarla de una manera que puedan entender sus momentos de labilidad y apoyarla en todo su esplendor, para que se sienta a gusto tenga confianza consigo misma.

La familia tiene un papel muy importante en donde se puede prevenir la DPP, o bien, la depresión durante el embarazo, por los cambios que se van teniendo.

La violencia en el hogar, tiene un mayor impacto en la mujer embarazada, quizá en muchas ocasiones, en las consultas no se percata si sufre algún tipo de violencia familiar, ya sea con la pareja, o bien con sus familiares cercanos, esto puede ser desde psicológicos, verbales, o bien hasta llegar a la agresión. Cuando una mujer durante el embarazo vive algún tipo de violencia, es muy susceptible a padecer depresión, y por lo tanto llegara a padecer DPP.

5.6 ENTORNO SOCIAL

En la sociedad con la cual tiene convivencia cada persona, tiene un impacto muy importante en su personalidad, donde adquiere cultura, su estilo de vida, el vocabulario utilizado, incluso hasta la forma de vestir, por lo tanto, el entorno social de la mujer embarazada tiene tanta importancia en el estado de ánimo de esta. En donde se pueden notar distintos factores los cuales pueden ocasionar alteraciones de la personalidad de la mujer embarazada o bien después del parto:

- El papel de los medios de comunicación
- La desestructuración familiar
- La alta prevalencia de conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y drogas legales e ilegales)
- Sexualidad irresponsable
- La falta de proyecto de vida
- Familias disfuncionales
- Bajo nivel educativo
- Ausencia de educación sexual e historia de abuso sexual.

La situación laboral de la mujer o la de su pareja puede suponer una fuente de estrés por encontrarse en paro o con un contrato precario, próximo al nacimiento de su hijo. Se pueden plantear nuevos gastos como la necesidad de nuevo domicilio, adquisición de ropa, contratar cuidadores para poder continuar en el trabajo, guardería, etc.

Las personas son afectadas e influenciadas por el ambiente que las rodea. Es por ello que, las mujeres que padecen depresión postparto deberían ser examinadas relacionándolas con respecto a su familia, su lugar de trabajo, la comunidad en la que viven, la sociedad y la cultura propia del lugar en el que habitan.

5.7 TEMORES DEL BIENESTAR DEL FETO

Junto a la felicidad incomparable que implica la idea de ser madre surgen temores relacionados no solo con el bienestar del niño, sino también con la salud y las expectativas de aquella que lo lleva en su vientre. Durante el embarazo se pueden

presentar diversos temores, los cuales están presentes constantemente, a continuación, se describirán los temores más frecuentes en la mujer embarazada:

- A padecer un aborto

Es un temor muy común especialmente en los inicios del embarazo. Si bien esta probabilidad existe, las futuras mamás tienen la oportunidad de evitar hábitos nocivos, tales como fumar o consumir alcohol, de modo de reducir estas posibilidades. Cumplir con los controles médicos periódicos y llevar una vida sana ayudará a reducir el riesgo de vivir esta dolorosa experiencia.

- A que el bebé presente enfermedades y malformaciones al nacer

Esta idea es causa de preocupación en la mayoría de las mujeres embarazadas. Sin embargo, es importante destacar que el porcentaje de RN que presentan anomalías al nacer es muy bajo. Actualmente existen excelentes pruebas médicas destinadas a detectar enfermedades y deformaciones fetales, realizándose incluso intervenciones quirúrgicas a los bebés antes de su nacimiento.

- A que el feto nazca prematuro

Existen diferentes factores que pueden desencadenar un parto antes de término. No obstante, la mujer gestante puede realizar una serie de acciones preventivas que ayuden a minimizar este riesgo.

- A padecer alguna enfermedad durante el transcurso del embarazo

En muchas ocasiones temen sufrir diferentes enfermedades mientras atraviesan el período de gestación. Es común que algunos tipos de virus e infecciones afecten con cierta frecuencia a las mujeres embarazadas. Sin embargo, el cumplir con la vacunación indicada y respetar los controles prenatales son modos efectivos de prevención en estos casos.

- Complicaciones en el parto

Este es uno de los miedos que con mayor frecuencia experimentan las mujeres. Aunque la gran mayoría de los partos transcurre con absoluta normalidad, en algunas ocasiones pueden presentarse ciertas complicaciones relacionadas con

la ineffectividad de las contracciones, la posición o el tamaño del bebé o la ubicación del cordón umbilical.

- Al dolor en el parto

Las futuras madres sufren con anticipación los dolores que habrán de experimentar en el momento del parto. La imagen de la parturienta gritando exhausta y bordeando el límite de su resistencia física ante cada nueva contracción es una idea que atemoriza a la más valiente. La aplicación de la anestesia epidural y una preparación previa que ayude a la relajación de la mamá disiparán este panorama poco alentador.

- No ser una buena madre

Son numerosos los mandatos personales, familiares y culturales que existen en torno al rol materno. Una de las aflicciones más usuales de las nuevas mamás se relaciona con sus propias exigencias y expectativas a la hora de desempeñar este trascendente papel. La confianza en el instinto maternal es una herramienta muy válida que promueve el desarrollo de capacidades que eran desconocidas antes del parto.

- Al cambio corporal

Durante el embarazo el cuerpo sufre una serie de transformaciones y la mayoría de las mujeres teme no poder recuperar la figura perdida en aras de la maternidad. Sin embargo, el tan detestado sobrepeso puede ser controlado desde el instante mismo en que se recibe la noticia del embarazo.

- Nueva configuración familiar

En muchos casos la llegada de un hijo a la familia ocasiona miedos relacionados a la forma en que este nacimiento afectará la relación de pareja. Evidentemente la nueva responsabilidad parental habrá de modificar los lazos existentes, incorporando diferentes roles y reforzando los vínculos de amor ya establecidos. Quizá los primeros tiempos sean de cierta confusión.

Estos son algunos de los temores que pueda presentar durante el embarazo, el cual se verá reflejado en su personalidad, donde se sienta de cierta forma insegura, y

con poca capacidad para lograr llevar un embarazo saludable, y un estatus emocional equilibrado, es importante tener mucha comunicación con la pareja, o bien la familia para que la puedan orientar, a sentirse bien emocionalmente.

Después del parto es muy notable que han surgido cambios muy drásticos para la mujer, desde ya no tener nada en el vientre, y esto puede ocasionar alguna confusión, o incluso tristeza al saber que ya no estará más en el cuerpo de la mujer, es un factor de riesgo en donde se puede desencadenar algún tipo DDP.

5.8 COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD

La comunicación es el proceso por medio del cual un emisor y un receptor establecen una conexión a través de un mensaje que les permite intercambiar o compartir ideas e información. En un sentido más profundo, comunicar es compartir un poco de nosotros mismos a los demás.

La falta de comunicación con el personal de salud y la paciente se puede convertir en un factor de riesgo a padecer DPP, ya que no se le explica, cuales son los cambios que va a tener durante el periodo perinatal, o bien los riesgos o complicaciones que se presente.

Al igual que la paciente debe de despejar todas las dudas que tenga cada vez que vaya a su consulta perinatal, para que no se tenga ningún inconveniente. Las mujeres embarazadas primerizas, son las que tienen más dudas y temores.

Es muy importante que en cada consulta que asista, describa que cambios ha tenido, su estado de ánimo, las relaciones con la familia y personas que convive.

6. DEPRESIÓN POST PARTO

6.1 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La característica esencial de un episodio depresivo es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En esta ocasión se habla de la pérdida de interés con el recién nacido, ya sea que no le quiere brindar lactancia materna, o simplemente lo desprecie.

La madre también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye:

- Cambios de apetito o peso,
- Cambios del sueño y de la actividad psicomotora;
- Falta de energía;
- Sentimientos de infravaloración o culpa;
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. Un episodio depresivo debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo).

6.1.2 Ansiedad en el puerperio

Como sabemos, el puerperio es un período de constantes cambios, tanto físicos como emocionales y familiares, donde surgen dudas, problemas de lactancia, cuestiones sobre el recién nacido.

La mujer se encuentra vulnerable y con necesidad de apoyo externo, ya que, si las múltiples dudas no tienen respuestas, pueden generar ansiedad y malestar en la

madre. “La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.”

Los acontecimientos que causan incertidumbre (como el tener un hijo o que el recién nacido se encuentre en la incubadora) pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando los sentimientos emocionales de la paciente.

En condiciones normales, la ansiedad mejora la capacidad de adaptación, sin embargo, la ansiedad también puede ser desadaptadora provocando miedos, inhibición y cambios somáticos que afectarán la capacidad de la persona para superar las dificultades. “La ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional”.

La ansiedad en el puerperio separada de la depresión postparto, podría estar presente en alrededor de un 10% de las mujeres, asociándose su aparición con experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, catastrofización del dolor y dificultad para afrontar el parto.

Por otro lado, se han relacionado las intervenciones obstétricas urgentes y las complicaciones neonatales con síntomas de estrés postraumático, como es el caso de nuestra paciente. Niveles elevados de cortisol en el puerperio, se ha asociado a la presencia de ansiedad.

Cuando la madre se enfrenta ante la situación amenazante de tener un recién nacido de inmadurez peligrosa, bajo peso al nacer o alguna patología que puede tener complicaciones potenciales, se ve ante la obligación de hacer frente no sólo a una nueva y compleja etapa (que es la maternidad en sí misma) sino también a esta situación.

Algunos estudios en el campo de la psiquiatría enfocada a la mujer han demostrado que los trastornos de ansiedad y estrés materno están asociados con una disminución del contacto madre-hijo en el transcurso del primer año de vida y, también, a baja producción de leche.

La ansiedad asociada con el puerperio es un factor de morbilidad materno-fetal que requiere diagnóstico oportuno.

En nuestro medio es necesario el seguimiento y tratamiento de la ansiedad de la mujer embarazada por parte de enfermería, ya que se ha visto que la ansiedad durante el embarazo repercute negativamente a la salud del feto, produciendo, en la mayoría de los casos, taquipnea transitoria en el recién nacido, sepsis y amenaza de parto pre término. Según este estudio se ha observado que, en pacientes con mayor nivel de ansiedad, nivel académico y con trabajo remunerado se observan más complicaciones perinatales.

Para clasificar el grado de ansiedad-estrés que puede padecer la mujer en el puerperio inmediato, es importante tener un instrumento de clasificación. Tanto en la etapa perinatal como posnatal, es de vital importancia para favorecer el estado de la madre y disminuir su ansiedad, se plantea la necesidad de crear los talleres postparto, donde se llevase a cabo la continuación de las sesiones previas al parto, cuya finalidad es cubrir esas carencias, asegurándonos que la información/conocimientos instruidos son precisos y veraces, puesto que serán facilitados por un profesional cualificado en esta materia, como son las enfermeras obstétricas.

Es muy importante dar respuesta a todas las necesidades maternas en un ambiente relajado y con un profesional con el que ha estado en contacto durante el embarazo.

Uno de los métodos que pueden ser utilizados por enfermería, durante la estancia hospitalaria en el puerperio inmediato, para disminuir la ansiedad, es la relajación progresiva de Jacobson.

Es un medio eficaz para afrontar la ansiedad, desarrollando unos ejercicios fáciles, favoreciendo el control de la respiración y la calidad de vida, para conseguir que puedan ser “felices” en todos los sentidos personales posibles.

6.2 PARTO Y POST PARTO

6.2.1 Parto

El parto es la culminación del embarazo humano, es el proceso por el cual los productos de la concepción salen normalmente al exterior con la expulsión de un feto con un peso mayor de 500g o mayor de 20 semanas, según la finalización pueden clasificarse como:

- Parto Eutócico es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

6.2.2 Cesárea

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vía vaginal. Consiste en apertura del útero y posterior extracción de su contenido, y para llegar al útero se ha realizado intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras anatómicas.

6.2.3 Post Parto

Es el periodo inmediatamente después del parto también conocido como puerperio que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación y se divide en puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas, puerperio mediato que se sitúa entre el segundo y séptimo

día y puerperio tardío que comprende después de la primera semana hasta la 6ta semana después del parto.

6.3 DEPRESIÓN POST PARTO

6.3.1 Definición

“Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.”

La Depresión post-parto es la depresión que sufren las madres tras el embarazo y parto. También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión postnatal.

La cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto.

Aparecen cambios emocionales como, por ejemplo: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.

La depresión posparto (DPP) suele aparecer entre la tercera o cuarta semana postparto con un 10-20 % de incidencia en madres de los países desarrollados, con una duración hasta la cuarta o sexta semana que puede durar incluso hasta un año si no se trata.

En los casos de episodios depresivos más graves en el puerperio, se deteriora seriamente la actividad social o laboral, se presentan dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, puede aparecer maltrato o descuido al neonato. En algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.

El riesgo de depresión postnatal se relaciona principalmente con las variables socio-económicas y familiares.

Las mujeres con DPP es un grupo que requiere de una atención más específica, debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. A la madre le beneficiará algún programa con un componente de salud mental, que le ofrezca un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial.

6.3.2 Etiopatogenia

La mayoría de los expertos creen que una disminución repentina en los niveles de estrógeno y de progesterona es la razón encubierta detrás de la depresión postparto. En el caso de las mujeres que no están embarazadas, la subida y la repentina caída de los niveles hormonales que ocurren cada mes son la causa por la cual muchas mujeres se sienten enojadizas y extremadamente sensibles en el momento anterior a experimentar sus períodos.

Durante el embarazo, los niveles hormonales suben constantemente durante nueve meses antes de caer abruptamente en picada luego de haber dado a luz al bebé. Los mismos continúan cayendo hasta volver a la normalidad, alcanzando a los niveles que poseía anteriores al embarazo.

Como consecuencia de ello, muchas mujeres se sienten emocionalmente frágiles luego de haber dado a luz a sus bebés. Para algunas mujeres, este drástico cambio en los niveles hormonales traerá como consecuencia depresión postparto.

Algunos expertos también asocian la depresión postparto con los bajos niveles de la tiroides. Un análisis de sangre podrá determinar si éste sería el factor causante de depresión. Los medicamentos para tratar los problemas de la tiroides podrán ser usados para tratar la depresión.

Vinculada a la teoría anteriormente descrita relacionada con la depresión postparto; la teoría ecológica de Bronfenbrenner argumenta que las mujeres que padecen depresión postparto deben ser analizadas dentro del contexto del sistema en el que interactúan. Las personas son afectadas e influenciadas por el ambiente que las rodea.

Es por ello que, tomando en cuenta la teoría ecológica de Bronfenbrenner, las mujeres que padecen depresión postparto deberían ser examinadas relacionándolas con respecto a su familia, su lugar de trabajo, la comunidad en la que viven, la sociedad y la cultura propia del lugar en el que habitan.

También se cree que los cambios que un bebé recién nacido provoca en la vida de sus mamás contribuyen a que la misma padezca depresión.

La falta de sueño, la tensión emocional, los sentimientos abrumadores, el hecho de experimentar pérdida de identidad, y de sentir que ha perdido el control y la libertad de su vida podrían impactar negativamente en su estado anímico. Las mujeres que no cuentan con un fuerte grupo de apoyo social y emocional también son más vulnerables a padecer depresión postparto.

6.3.3 Epidemiología

Su incidencia mundial es del 15%, bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”

Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal, según la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

En México la depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Según la Organización Panamericana de la salud (OPS).

6.4 DEPRESIÓN POST PARTO BABY BLUES

También conocida como melancolía post parto, o disforia post parto.

Consiste en altibajos emocionales, así como cambios en la respuesta emocional después del parto. Ocurre en la mayoría de las primíparas, por lo que se considera como parte normal del proceso de haber tenido un bebé.

Se presenta con una frecuencia de entre un 20% al 80% de las madres. Se ha considerado como un proceso fisiológico de adaptación debido a que el cuerpo de la madre tiene que condicionarse después del evento.

La melancolía del post parto usualmente ocurre entre 2 a 5 días después del parto. Su pico más alto es alrededor del cuarto día postparto y resuelve a los 10 días, esto significa que, la tristeza es de corta duración y que desaparece dentro de pocas semanas.

Aunque el baby blues fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas 42 mujeres después del parto, esta connotación de benignidad, según un estudio revisado, ha sido rebatida en las dos últimas décadas donde se han realizado una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos) que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres con DPP baby blues presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales (trastornos de ansiedad y depresión postparto), presentar patrones de contacto e interacción materno-filial débiles y deficientes.

No se conoce cuanto se asocia el post parto Baby blues a cambios hormonales post natales; algunos estudios han sugerido que se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto.

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, por cuanto estas sustancias poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que presentan un mayor aumento de niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el post parto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que también se han asociado con cambios en el ánimo.

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación 21 del sistema biológico mamífero que se relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina.

En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicoemocional.

6.4.1 Sintomatología:

- Ansiedad
- Insomnio
- Irritabilidad
- Labilidad emocional (episodios de llanto sin razón)
- Sensibilidad emocional
- Cefaleas
- Cambios de apetito
- Sentimientos de minusvalía
- Abrumada e incluso agotamiento.

La melancolía del post parto usualmente termina sin tratamiento médico luego de una semana o dos, que es cuando los niveles hormonales vuelven a su normalidad, tan pronto como ella y su cuerpo se adaptan a la nueva situación.

6.5 DEPRESIÓN POST PARTO SIN PSICOSIS

Su inicio es variable, generalmente ocurre entre las primeras 24 horas o a las dos semanas después del parto. La depresión post-parto sino se trata adecuadamente puede durar hasta 6 meses e incluso hasta un año. Aproximadamente entre 10% al 15% de las mujeres después de un parto, desarrollan depresión del post-parto.

6.5.1 Sintomatología:

- Sensación de tristeza o estado bajo de ánimo,
- Humor depresivo la mayor parte del día,
- Perdida de interés en actividades usuales de la vida diaria,
- Trastornos alimenticios (disminución o aumento del apetito),

- Pérdida o aumento de peso muy notorios,
- Insomnio o hipersomnia,
- Agitación o retardo psicomotor,
- Fatiga general y falta de energía,
- Sentimientos inapropiados o excesivos de culpabilidad,
- Sentirse inútil,
- Dificultad en concentrarse,
- Pérdida de las esperanzas en la vida,
- Frecuentes ideas sobre la muerte o el suicidio,
- Ansiedad inexplicable.

Las mujeres que están más predispuestas a presentar depresión post- parto son las pacientes que tienen alguno de los siguientes antecedentes:

- Depresión post-parto previa,
- Depresión no relacionada con el embarazo,
- Síndrome premenstrual severo,
- Antecedentes familiares de desórdenes de comportamiento,
- Eventos negativos en la vida,
- Dificultades maritales o apoyo social pobre,
- Factores físicos como hipotiroidismo, anemia, etc.

6.5.2 Factores de depresión post parto sin psicosis.

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

Entre los factores de riesgo y predicción de DPP sin psicosis, se encuentran los siguientes:

- Eventos estresantes previos

- Historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual.
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado.
- Historia de amenaza de aborto, parto pre término y parto por cesárea.
- Ser madre soltera o la disfunción de pareja.
- Baja autoestima materna.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Embarazo no planeado.
- La imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia.

Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de post parto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos.

En el aspecto biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo.

En cuanto a la causa de la depresión post parto sin psicosis, las teorías más acertadas, se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este periodo.

Entre los aspectos hormonales se debe resaltar que el período post parto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes en diferentes hormonas.

Durante el embarazo los niveles de estrógeno estradiol, estiol y estrona y de progesterona presentan un aumento constante que en parte es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas.

Con la pérdida de la placenta durante el parto los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto.

Esteroides gonadales. El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; este se produce en altas concentraciones durante el embarazo.

6.6 DEPRESIÓN POST PARO CON PSICOSIS

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana post parto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%.

Es la forma más severa de trastornos psiquiátricos postparto, y también es la condición más rara de este tipo de trastornos conductuales post parto.

Se caracteriza porque no se diferencia clínicamente de otras psicosis, por lo tanto, requiere inmediata atención médica. Inicia dramáticamente, emergiendo tan temprano como a las primeras 48-72 horas después del parto. Típicamente los síntomas se desarrollan entre las primeras 2 a 4 semanas post-parto. Esta condición ocurre en aproximadamente 1 a 2 de cada 1000 nacimientos y afecta el 0.1% a 0.2% de las mujeres en post-parto.

6.6.1 Sintomatología:

- Labilidad del humor,
- Agitación grave,
- Confusión,
- Incapacidad para dormir,
- Pensamientos desorganizados (ideas de suicidio, pensamientos obsesionados de violencia contra el bebé, falta de concentración),
- Alucinaciones que implican al niño (por ejemplo, pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería de morir, que está señalado con un terrible destino, que tiene poderes especiales o que es un salvador con una misión divina).

Las mujeres con mayor riesgo son las que tienen una historia personal de desorden bipolar o un episodio previo de psicosis post-parto, trastorno de esquizofrenia.

Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis post parto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia de psicosis post parto.

Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión post parto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se apomorfina durante el cuarto día post parto.

6.7 RIESGO DE NO TRATAR DEPRESIÓN POST PARTO

En la actualidad se cuenta con varios estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto.

Existen consecuencias negativas a nivel del vínculo madre hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período.

En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos (a)s, aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia.

Los hijos(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto.

Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas.

6.8 HERRAMIENTA DIAGNOSTICAS PARA LA DEPRESIÓN POST PARTO

Las herramientas de evaluación para los trastornos depresivos después del parto deben ser implementadas a todas las pacientes durante su estancia hospitalaria, obviamente después del parto, para lograr tener un control adecuado de cada una de las pacientes, para prevenir o bien, para tratar una depresión de una manera oportuna.

6.8.1 Test de EDIMBURGO

A pesar de que existen varios instrumentos de tamizaje para evaluar el riesgo de depresión en el embarazo, ninguna herramienta proporciona un alto grado de sensibilidad y especificidad combinada para este propósito.

El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo.

La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Es una escala auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas.

LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión. La Escala o Test de Depresión post

parto de Edimburgo fue diseñado por Cox y colaboradores en Edimburgo en el año de 1987 específicamente para detectar estados depresivos en el período posnatal.

El Test consta de diez preguntas cortas auto aplicadas, que hacen relación a como se ha sentido la madre después del parto, cada una de las preguntas consta de cuatro opciones de respuesta valorada de 0 a 3 puntos y se obtiene una puntuación global de la sumatoria de todas ellas, con un puntaje total máximo de 30 puntos. Un total de 12 o más puntos indicarán el riesgo de padecer depresión post parto

Las preguntas 1, 2, y 4 se clasifican de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 0 a la primera línea y la última línea 3.

Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 son calificadas al inverso, se califica de 0, 1, 2, o 3, dándole la puntuación de 3 a la primera línea y 0 a la última línea.

La puntuación máxima es de 30.

Posible depresión 11 o mayor la puntuación. Los autores proponen el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo.

Las madres que obtienen una puntuación más alta de 13 pudieran estar sufriendo una enfermedad depresiva severa variada.

Es importante recalcar que la puntuación de esta escala no reemplaza el diagnóstico clínico, sino que únicamente es un instrumento para detectar el riesgo a padecer desorden. Una evaluación clínica detallada se deberá llevar a cabo para confirmar el diagnóstico.

El cuestionario indica como la madre se ha sentido durante la semana previa.

En casos dudosos puede ser útil repetir la herramienta después de dos semanas.

Las instrucciones para el uso del cuestionario Edimburgo:

1. Se le pregunta a la madre que marque la respuesta más allegada a como se ha sentido en los últimos siete días.
2. Todas las preguntas se deben completar.
3. Se debe tomar la precaución de evitar la posibilidad de que la madre discuta las respuestas con otros.
4. La madre debe completar el cuestionario por sí sola, a menos que tenga dificultad con la lectura.
5. El cuestionario puede aplicarse durante el embarazo o en la primera semana de post parto.
6. EL cuestionario puede ser utilizado en el ámbito hospitalario y de atención primaria, en el examen post natal.

A continuación, se presentará un test de Edimburgo.

- Test Edimburgo.

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE	
			2 Meses	6 Meses
1	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas.	Tanto como siempre	0	0
		No tanto como ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
		Menos como antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Si, la mayor parte del tiempo	0	0
		Si, a veces	1	1
		No, con mucha frecuencia	2	2
		No, nunca	3	3
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Si, a veces	2	2
		Si, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.	Si, bastante	0	0
		Si, a veces	1	1
		No, no mucho	2	2
		No, nunca	3	3
6	Las cosas me han estado abrumando	Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas	0	0
		Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Si, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Si la mayor parte del tiempo	3	3
		Si, bastante a menudo	2	2
		No, con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9	Me he sentido desdichada que he estado llorando	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Si, bastante a menudo	2	2
		Solo ocasionalmente	1	1

		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Si, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		Nunca	0	0
TOTAL				

INTERPRETACIÓN

Una puntuación de 11 o más puntos indica sospecha de depresión post parto.

Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 hrs.

7. ESTADO DE LA MADRE CON DEPRESIÓN POST PARTO

7.1 COMPLICACIONES DEL POST PARTO

Las complicaciones del post parto es la hemorragia, ya que después de la tercera etapa del trabajo de parto el médico debe palpar el útero con frecuencia para asegurarse que el fondo se mantiene bien contraído y que no hay hemorragia vaginal excesiva.

La pérdida sanguínea es indeterminada, en especial cuando se expulsan coágulos, pero la pérdida de 300 ml de sangre se considera excesiva y, tradicional, si se pierden más de 500 ml se dice que ha ocurrido hemorragia postparto.

La inversión puerperal del útero es una urgencia obstétrica que se acompaña de hemorragia y choque. La detección inmediata y corrección manual rápida asegurarán una evolución normal posparto.

A continuación, algunas complicaciones del post parto.

- Las infecciones postparto:

La morbilidad febril en el puerperio se define como una elevación de la temperatura de 38 grados o más que ocurre después de las primeras 24 horas postparto en 2 o más ocasiones que no sean dentro de estas mismas 24 horas. Las complicaciones más frecuentes de fiebre en el periodo postparto son las infecciones del aparato genitourinario y las mamas. El parto por cesárea presenta un riesgo mucho más alto de infección postparto y muerte subsecuente. El riesgo de muerte por parto por cesárea es cuatro veces mayor que el ocasionado por el parto vaginal.

- La fiebre durante el puerperio:

Debe considerarse como resultado de infección del aparato genital, a menos que se demuestre lo contrario. Los patógenos más comunes en las infecciones puerperales son estreptococos anaeróbicos no hemolíticos, bacterias coliformes, bacteroides y estafilococos. Debido actualmente a la mejor atención obstétrica, se ha reducido la frecuencia de infección por estreptococos B hemolítico.

- Las infecciones urinarias:

Son muy comunes después del parto casi un 5% de las pacientes la padecen y son causadas en su mayor parte por bacterias coliformes. Por lo general se desarrollan síntomas de cistitis aguda en el primer día del parto, a menudo después de retención urinaria, instrumentación o traumatismo de la vejiga. El parto por cesárea y las laceraciones vaginales o vulvares pueden bloquear la micción normal.

7.2 CONSECUENCIAS DE DEPRESIÓN POST PARTO

- Vulnerabilidad a la Depresión y Estrés:

Vásquez, Gómez y Hervas (2006) explican que otro aspecto de enorme importancia es que no sólo la depresión puede estar precedida por situaciones estresantes, sino que la propia depresión es un cuadro que puede generar más estrés. Más aún: los 24 factores relacionados con la vulnerabilidad a la depresión parecen tener la capacidad de aumentar los sucesos estresantes incluso en períodos de remisión y tienen un claro impacto en la valoración subjetiva de los mismos.

- Suicidio

Esta es la consecuencia más terrible de la depresión: el suicidio cuando ocurre, deja marcas profundas, difícilmente superables, en los familiares y amigos. El suicidio, puede ser directo/indirecto, consciente o inconsciente.

El suicidio directo o consciente, como la propia expresión lo indica, es aquel en que la persona, deliberadamente, decide eliminar la propia vida, lo que hace a través de una irreversible autoagresión, sin tiempo y medios para retroceder en el gesto.

El depresivo siempre guarda el propósito deliberado de poner fin a la propia vida. En realidad, presionado por los factores que lo afligen, el enfermo desea poner fin al dolor que lo viene dilacerando. Si le fuese posible según su óptica eliminar la problemática aflictiva, seguramente empeñaría esfuerzos para superarla, preservando la vida.

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

Suicidio indirecto/inconsciente, es aquel en que la muerte no es buscada deliberadamente, en un gesto precipitado, irreversible. La mujer con DPP, dominada por una tristeza largamente abrigada, poco a poco se va abatiendo, entregándose al desaliento, consumiendo las fuerzas psíquicas y físicas, hasta que el cuerpo, pierde todas las resistencias, no permite más seguir con la vida. En esa muerte emocional, la persona se niega a vivir.

Por lo tanto, la depresión puede ser comparada a un suicidio psicológico, que se da por la ausencia del valor moral para enfrentar las vicisitudes.

La mujer con DPP no opta por sí misma, y sí por la derrota y ve en el fracaso algo natural o inevitable.

- Nivel físico

En la depresión moderada, el arreglo personal empieza a afectar.

Hay una invasión de las esferas mentales que impactan en los niveles de atención, memoria, pensamiento lógico y que suelen ir acompañados de una sensación cada vez más intensa de inseguridad, así como también aumenta su necesidad en aislarse. Otra característica es que con frecuencia se presentan trastornos alimentarios como aumento o disminución de alimentos, se incrementan los periodos de sueño y la sensación de fatiga, la tristeza, el negativismo, el desánimo y la desesperanza.

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

- Nivel biológico

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

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

- Nivel Social

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

7.3 EFECTOS DE DEPRESIÓN POST PARTO

- Compromiso del sistema inmunológico

Los efectos de una depresión podrán ser extremadamente devastadores para su portador, así como también, para aquellos que formen parte de su universo.

Una persona depresiva, sobre todo si su estado es grave, puede sufrir entre otros males, los siguientes:

- Disturbios digestivos
- Úlceras (estómago y duodeno)
- Disritmia cardiaca
- Problemas hepáticos
- Disfunciones intestinales
- Manifestaciones cancerígenas
- Estados degenerativos graves
- Infecciones lamentables
- Alergias
- Oscilación de presión
- Compromiso del metabolismo en general
- Agravamiento de los problemas ya existentes,
- Profundo desgaste.

La depresión debilita el sistema inmunitario a través de un sutil procedimiento que persuade y llega a convencer a la persona de que una vida sin esperanza es la única alternativa posible.

La depresión es un factor de riesgo que actúa en diversas direcciones. Lleva a su víctima por un camino de distorsión de la realidad y le infunde miedo. La invade con síntomas físicos que ocultan el verdadero problema. Simula toda suerte de dolencias y dispara otras que se suman a las ya existentes para agravar su curso y empeorar su pronóstico.

La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aún los de un trastorno orgánico menor, ejemplo:

- No hay duda de que la depresión es un factor de riesgo para trastornos cardiovasculares.

Se considera que aumenta las posibilidades de mortalidad entre los pacientes que sufren infarto cardíaco.

La depresión es considerada como un factor de riesgo para enfermedades del corazón y la colocan al mismo nivel que la hipertensión, la obesidad, e incluso, comparan su riesgo con el hecho de tener un nivel de colesterol elevado en la sangre.

- La cefalea

Como síntoma, es frecuente en los cuadros depresivos y, a su vez, la depresión suele ser frecuente en los pacientes con cefaleas crónicas.

Los pacientes deprimidos tienen el doble riesgo de desarrollar, una diabetes y cuando la adquieren, y no es tratada la depresión, aumentan sus complicaciones.

La depresión afecta tanto el cuerpo como la mente. La depresión no solo afecta seriamente el estado de ánimo la calidad de vida; también perjudica la salud.

Puede incluso incapacitarnos más que otras enfermedades crónicas como la artritis, la alta presión sanguínea, diabetes, problemas de espalda o desórdenes gastrointestinales. Solo una afección coronaria grave obliga a guardar más días en

cama comparada con la depresión, y únicamente la artritis resulta más dolorosa. Si ya se padece una enfermedad crónica, la depresión la empeora ya que el cuerpo reacciona peor.

Las personas deprimidas enferman con mayor frecuencia que las no lo están. Contraen más resfriados y tienen más problemas para dormir.

La depresión también puede resultar mortal. Una persona deprimida es propensa a morir antes debido al efecto negativo que la depresión ejerce sobre el cuerpo, a su dificultad para seguir un tratamiento médico, y puede llegar al suicidio. Prácticamente ningún sistema corporal ni ninguna enfermedad parecen poder escapar de los efectos físicos de la depresión.

7.4 ESTADO DEL RECIEN NACIDO

La OMS (organización Mundial de la Salud) define al recién nacido como un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.

El nacimiento por cesárea al término del embarazo en mujeres con bajo riesgo perinatal, se asocia a mayor morbilidad respiratoria neonatal, por lo cual se requiere el ingreso a UCIN y por ende se encuentra el dolor materno puerperal. A la vez, disminuye la lactancia materna.

La depresión y la ansiedad que sufre la madre durante el periodo del parto y puerperio, tienen un gran impacto en la madre, pero también se van a observar resultados neonatales no favorables.

La DPP, en esta etapa de la vida resulta especialmente preocupante porque, además de afectar a la madre, puede perjudicar la relación con su bebé, el desarrollo del recién nacido y por supuesto, a la familia completa.

La depresión post parto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alojamiento afectivo.

Es muy importante ver a la madre y al recién nacido como una unidad, sobre todo en las primeras semanas de vida, e incluso los primeros meses, ya que afecta es inevitablemente a los dos.

Existe evidencia de que, a largo plazo, la depresión post parto y los trastornos de ansiedad, tendrán efectos negativos también para el niño y la interacción madre e hijo, porque estos trastornos son un factor de riesgo para el desarrollo cognitivo, neuropsicológico del bebé, y por lo tanto podrá desarrollar distintos problemas en el comportamiento emocional y social.

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

7.5 INTERACCIÓN DE MADRE E HIJO

Durante el embarazo, el feto y la madre constituyen un sistema de unión cerrada e inseparable, por lo tanto, tras el nacimiento este vínculo aumenta y se intensificará en las semanas siguientes.

Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre-hijo y para la instauración de la lactancia materna.

Para mejorar el estado emocional de la madre, son la reducción del dolor del parto, el apoyo continuo en el parto y el contacto precoz madre-recién nacido. Todas ellas aumentan la satisfacción de la mujer respecto a su parto, evitando experiencias emocionales negativas y disminuyendo la ansiedad.

La primera toma satisfactoria refuerza la unión psico-afectiva madre-hijo y la continuidad a corto y largo plazo de lactancia.

El contacto precoz piel con piel, realizando el método canguro, tiene efectos beneficiosos para la madre y el recién nacido:

- Mayor satisfacción respecto al parto
- Proporciona calor y reduce el llanto del bebé
- Propicia la interacción madre-hijo
- Favorece la lactancia materna
- Mejor termorregulación
- Aceleración de la adaptación metabólica
- Reducción de episodios de apnea
- Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos
- Padres protagonistas del cuidado de sus hijos.
- Reducción de la estancia hospitalaria

Ventajas del método de la madre de canguro después del alta

- Aumento de la frecuencia y la duración de la lactancia materna.
- Disminución de la mortalidad de año en año de edad.
- Incremento del índice de crecimiento del perímetro cefálico
- Menos infecciones graves durante el primer año de edad.
- Mejores coeficientes intelectual, de escala motora y personal-social.
- Mejor respuesta de las madres ante situaciones de estrés.

Todos estos efectos positivos contribuyen a disminuir la percepción negativa del parto.

Este contacto materno-filial no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el neonato durante el período adaptativo y logra una mejor transición de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que también provee innumerables beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un período puerperal inmediato y tardío mucho más beneficioso.

El estar piel con piel ayuda a la madre a crear un fuerte vínculo con su bebé inmediatamente, además de hacer que se genere más oxitocina, propiciando el que esté más calmada y ayudando a que la producción de leche comience antes.

A su vez, la posibilidad para los padres de estar con el bebé, y ser protagonistas de lo que le va aconteciendo, disminuye la ansiedad y el sentimiento de impotencia. Cuando llega el momento de llevarlo al hogar, tienen mayor práctica de cómo tocarlo y manipularlo, lo que previene dificultades y colabora en la transición.

El tiempo que se pueda realizar el método piel con piel, dependerá del estado de la madre y del niño, y de la política de los centros asistenciales. La tendencia actual es que no se separen ambos desde el nacimiento para favorecer la vinculación afectiva madre-hijo/a, aunque debe valorarse cada caso individualmente.

Las primeras 24 horas después del parto corresponden a la fase de posesión, caracterizada por un comportamiento dependiente, con una necesidad abrumadora de asumir la experiencia del nacimiento.

La mejor forma para que aprenda la mujer a cuidar a su hijo es ser cuidada ella misma durante las primeras 24 horas, permitiéndole así descansar y recuperar la energía física y psicológica necesaria para proporcionar cuidados al recién nacido.

En el caso del parto por cesárea, hay retraso del primer contacto madre-hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada. Es un obstáculo para el inicio de la lactancia.

En conclusión, el contacto precoz del recién nacido con la madre, la permanencia del niño con los padres durante el periodo de posparto y la intervención de las enfermeras en un ambiente tranquilo facilitan la superación de las dificultades.

Cuando una mujer tiene DPP no cubre las necesidades que el recién nacido necesita, por eso es muy importante que el personal de salud esté pendiente de la mujer en el puerperio y notar todas las acciones que realiza, como también las actitudes de ella.

7.6 LACTANCIA MATERNA

El recién nacido, durante las primeras horas de vida, tiene una capacidad innata para buscar el pecho materno y empezar a mamar.

Los recién nacidos sanos que realizan el contacto piel con pieles colocados sobre el abdomen o pecho materno inmediatamente después del nacimiento, demuestran capacidades notables:

- Están alerta,
- son estimulados por la caricia de sus madres aumentando las sensaciones de afecto,
- Pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse,
- Huelen y tocan el pezón de su madre estimulando la producción de leche materna al iniciar la succión y alimentación.

La mayoría de los recién nacidos, hacen la primera toma en la primera hora de vida.

Esta conducta puede desaparecer si se produce una separación de la madre o si no se pone al niño cerca del pecho. Este primer contacto piel a piel también produce un potente estímulo vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna produciendo un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido que es especialmente importante para los niños/as pequeños y de bajo peso, mejorando la regulación de la temperatura.

La liberación de oxitocina materna también favorece las contracciones uterinas, ayuda a la expulsión de la placenta y reduce el sangrado materno después posparto. La oxitocina también estimula a otras hormonas favoreciendo la relajación en la madre.

El contacto piel a piel inmediato favorece entonces la adaptación del neonato, quien está más tranquilo y protegido.

Por otro lado, se relaciona el abandono precoz de lactancia materna con depresión posparto.

Es muy importante que enfermería aporte una buena información para que las madres obtengan conocimientos suficientes para amamantar correctamente al nuevo hijo.

Los déficits de conocimiento sobre la lactancia materna potencia dificultades, que si no tienen el debido apoyo por parte del personal de enfermería en el servicio del puerperio y carecen de auxilio en casa, pueden complicar el proceso de transición a una maternidad autónoma.

La lactancia materna puede ser un elemento atenuador en la reacción ante situaciones amenazantes. Se han visto efectos positivos de la lactancia sobre la respuesta de estrés de la madre, asociándose a una disminución de la activación neuroendocrina ante eventos amenazantes.

En las mujeres no lactantes, parece existir una mayor actividad simpática ante situaciones de estrés en laboratorio.

7.7 IMPORTANCIAS DE LA RECUPERACIÓN

La recuperación de una depresión se tiene en cuenta tres propósitos básicos que son:

- Para ayudar a determinar qué tan deprimida está realmente la persona.
- Para auto diagnosticar su posible necesidad de un tratamiento con fármacos.
- Para controlar y registrar sus cambios a través del tiempo.

En muchos casos, cuando la persona empieza a recuperarse de una depresión se presentan varios cambios positivos en los síntomas, sin embargo, muchos de estos signos de mejoría pueden pasar inadvertidos para la persona deprimida.

Los amigos, su pareja y su familia más cercana pueden sentir dichos signos mucho antes que el interesado los note, lo cual se debe, probablemente, a que en las primeras etapas de recuperación persiste la tendencia de verse y ver al mundo de una forma muy negativa. El uso de esta lista puede ser de utilidad para identificar estos cambios.

7.8 TRATAMIENTO

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

7.8.1 Intervenciones Psicoterapéuticas.

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión.

Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

La terapia cognitivo-conductual es el instrumento terapéutico que se utiliza preferentemente para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un intervalo breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del hijo.

Manejo psicosocial:

- Terapias psicosociales
- Intervenciones de pareja
- Intervenciones madre-infante
- Actividad física
- Psico-educación

Durante la etapa puerperal, no llevar a cabo un tratamiento específico de la depresión puede ocasionar grandes consecuencias tanto para la madre, como para

el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el primer episodio de un trastorno depresivo recurrente y, como consecuencia, para el niño puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, del comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida.

7.8.2 Tratamiento farmacológico

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

Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas.

Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas.

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

7.8.3 Tratamiento durante la lactancia materna.

La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anormales probablemente asociados con la exposición al medicamento.

7.8.4 Tratamiento con terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos

Las pacientes deben mantenerse con antidepresivos después de una respuesta exitosa a la terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva puede ser considerada como tratamiento de primera línea para las pacientes con depresión severa y con retraso psicomotor grave, tendencias suicidas activas y características psicóticas.

7.8.5 Complicaciones

El tratamiento de la DPP tiende a dilatarse en el tiempo.

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

8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN DEPRESIÓN POST PARTO

8.1 ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Los cuidados es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

El cuidado de las pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a las pacientes sanas con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un

compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluye:

- conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y, por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Las características del cuidado son:

- El asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el establecimiento de la relación enfermera-paciente.
- Mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrados en lo que acontezca en la personalidad del otro.

Importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería.

En los pacientes:

- a) Recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente;
- b) Eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería;

- c) Mejorar la comunicación y relación enfermera-paciente;
- d) Que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud;
- e) Menor alteración en su economía por los costos; f) mínima estancia hospitalaria;
- g) Incremento en la satisfacción de la atención.

A los profesionales de enfermería:

- a) Una práctica profesional competente y responsable;
- b) Potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo;
- c) Toma de conciencia y compromiso con el cambio;
- d) Proyección positiva de autoimagen e imagen pública;
- e) Fortalecimiento del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión;
- f) Incremento en la satisfacción profesional y laboral.

Una actitud de cuidado se transmite mediante la cultura de la profesión, como manera exclusiva de enfrentarse al entorno.

8.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones se plantean y formulan junto con los objetivos en la fase de “planificación”, posterior a la “valoración” y “diagnóstico”, ya que son éstas las que permiten detectar y enunciar los problemas de cuidado, en los que se incluye la etiología de los mismos. Tras determinar qué intervención se va a realizar, se avanza a la fase de “ejecución”.

Las Intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad: tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos u otros proveedores de cuidados.

Características de las intervenciones

- Basada en principios científicos de cuidados enfermeros, fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individual y Creativa.
- Formulada de manera concisa, simple y concreta.
- Armoniza el diagnóstico enfermero y el objetivo.
- Afecta a la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero.
- Busca la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
- Debe considerarse el equivalente de la prescripción médica, por lo cual debe estar firmada.
- Favorece la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.

8.2.1 Intervención de enfermería directa

Tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. Comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones de “colocar las manos”, como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

8.2.2 Intervención de enfermería indirecta

Tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del mismo, o de un grupo de pacientes. Estas intervenciones incluyen acciones de cuidado dirigidas al ambiente que rodea al paciente y a la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

8.2.3 Acciones de Enfermería dependientes

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

8.2.4 Acciones de Enfermería independientes

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

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

8.2.4.1 Promoción de depresión post parto:

- A todas las mujeres embarazadas se les debe preguntar acerca de historia personal de psicosis posparto, otros trastornos psicóticos (especialmente trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia) y trastorno depresivo grave.
- 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 enfermería 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.

8.2.4.2 Los cuidados de Enfermería para las mujeres que sufren una depresión puerperal

- Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
- Seguimiento domiciliario en el puerperio.
- Informar a la madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
- Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
- Informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal.
- Brindar apoyo emocional.
- Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
- Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.
- Enseñar técnicas de relajación.
- Las madres que sufren complicaciones psiquiátricas más intensas requieren del médico de la familia y de especialistas para asesoría en salud mental y terapia con antidepresivos y tranquilizantes.
- Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.

8.2.4.3 Los cuidados de Enfermería tienen un sentido de prevención

- Se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4a 6semanas y los 3a 4meses 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 aún mal cumplimiento con la atención prenatal, a nutrición inadecuada, a exposición a medicamentos adicionales o remediosa base de hierbas, a aumento en el consumo de alcohol, a déficits en la vinculación madre-hijo y a alteración del entorno familiar.
- Siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al pediatra.
- Las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del niño

8.2.4.4 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, los apoyos y recursos disponibles.
- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés. Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no.
- Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros.
- Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas.

- Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares.

8.3 APORTACIONES DEL MODELO DE DOROTHEA OREM

La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

“El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia unos objetivos,” para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su salud o bienestar.

El rol de la enfermera es ayudar al paciente a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia:

- Actuar.
- Guiar.
- Apoyar.
- Procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona.
- Enseñar.

La teoría de Dorothea Orem, donde se describe como una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, donde se logró el reconocimiento del autocuidado por medio de estrategias terapéuticas como la relajación.

la teoría de Dorothea Orem que tiene un aporte esencial el cual es fundamental que se aplique con todos los pacientes ya que el autocuidado genera autonomía lo cual es muy importante para el paciente y su recuperación,

Sin embargo, no sucede lo mismo con la habilidad cognitiva necesaria para incorporar los conocimientos suficientes que promuevan el autocuidado, es ahí donde el profesional de enfermería debe hacer uso de los diferentes modelos y

teorías que tienen una gran efectividad generando beneficios para los pacientes que cursan con una alteración mental.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados. Tres son los requisitos que se han identificado en esta teoría:

- Requisitos universales: están asociados con el proceso de la vida o integran el funcionamiento humano. Son comunes a todos los seres humanos.
- Requisitos del desarrollo. Están asociados con el proceso y condiciones específicas a los estados de desarrollo de la persona. Se definen tres conjuntos de requisitos de autocuidado del desarrollo:
 - a) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo,
 - b) Implicación en el autodesarrollo,
 - c) Prevenir o vencer efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano.Los requisitos de autocuidado del desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición o asociados con un acontecimiento.
- Requisitos de desviación de la salud: están asociados con la regulación de los efectos y resultados de las funciones perturbadas y con el efecto y resultados del cuidado de salud prescrito por el médico.

Estos tres tipos de requisitos deben ser especificados para los individuos y deben estar en relación a la edad, sexo, estados del desarrollo, estados funcionales, estados de vida y condiciones ambientales.

8.4 APLICACIÓN DE LA TEORÍA OREM EN EL PUESPERIO.

Dorothea Orem presentó la “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

La del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

La del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.

La de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo éste define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Durante el post parto la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las mujeres deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma.

Orem etiqueta su teoría como una teoría general compuesta por las siguientes tres subteorías relacionadas:

- a) La teoría del déficit del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- b) La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- c) La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

8.4.1 Esquema propuesto por Orem:

- Se identificarán, formularan y expresaran los requisitos de autocuidado del desarrollo característicos del periodo del post parto.
- Posteriormente se determinarán los métodos o tecnologías para satisfacer el requisito en las condiciones y circunstancias humanas y ambientales predominantes.
- Se establecerán grupos y secuencias de acciones como medio a través del cual se satisfará el requisito concreto.
- Se identificará la presencia de condiciones humanas y ambientales que:

- a) permiten satisfacer el requisito; o
- b) no lo permiten y constituyen obstáculos o interferencias para ello.
- Se identificarán los posibles déficits de autocuidado en la satisfacción de las necesidades actuales o proyectadas de autocuidado terapéutico y serán definidos los papeles que el paciente o la enfermera/o desarrollarán para que las exigencias de autocuidado sean atendidas.
- Se elaborará la planificación de enfermería de acuerdo los posibles déficits identificados, identificando si se trata de un sistema de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo educativo.

8.4.2 Evaluación

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

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

8.5 IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR DEPRESIÓN POST PARTO

La depresión post parto es una etapa en la cual es más vista en las mujeres primíparas por el miedo de que pueda pasar con ella y con el recién nacido, es muy importante identificar cuáles son los signos de una depresión para poder actuar de una manera eficaz, y conocer la teoría de Orem para así poder actuar en el momento y saber qué hacer en cada caso que se presente.

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

El personal de Enfermería aplica el Programa de Atención de Enfermería (PAE) como método de llevar la ciencia a la práctica de Enfermería y dirigido a cubrir las necesidades de la mujer y la familia. Es un proceso clínico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas.

A través del PAE, se logra identificar los signos y síntomas que las pacientes presenten ya que su objetivo principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

No existe una única causa que explique el origen de la depresión posparto, ya que influyen tanto factores hormonales como psicosociales y genéticos.

“En el ámbito psicosocial, por ejemplo, puede tratarse de mujeres solas, sin apoyo de sus parejas adolescentes en algunos casos, cuyos maridos trabajan lejos y/o que carecen del apoyo de familiares y amigas están acostumbradas a controlar todas las variables de su vida y que cuando se embarazan, se desconciertan porque enfrentan por primera vez una situación que no manejan”, destaca el psiquiatra.

En una más, en otras menos, la influencia de los medios de comunicación también puede resultar contraproducente. “Siempre se muestra todo muy idealizado, como que fuera fácil y simple, cuando no siempre es así. Esto resulta especialmente desconcertante en las primíparas, que no siempre han logrado dimensionar la falta de horas de sueño en el cuerpo, el sentirse más cansadas y algo sobrepasadas. Es entonces cuando se produce un contraste entre las expectativas y la realidad, y se sienten derrotadas, como que hubieran fracasado”, advierte.

Estos datos son muy importantes que como enfermeras (os) deben de localizar desde el momento del embarazo para que se pueda evitar en el puerperio o bien tratarlo de una manera muy adecuada con una comunicación eficaz paciente-enfermera (o).

8.6 TRATO DIGNO A PACIENTES CON DEPRESIÓN POST PARTO

En la depresión posparto el contexto de maternidad influye en el surgimiento de ideas de culpa y minusvalía, que en esta situación particular se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del recién nacido.

8.6.1 Código de ética

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos teóricos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la profesión de enfermería.

El código de ética es muy importante en el profesional de enfermería, ya que tiene un valor intrínseco que tiene el deber de ser y en razón. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituyan en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

8.6.2 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

El trato hacia la paciente con DPP debe de ser de una manera muy especial ya que es vulnerable por todos los acontecimientos que esta ha estado pasando.

Los cuidados de Enfermería en el puerperio toman en cuenta los cambios físicos de involución y recuperación de los órganos reproductores y del organismo en general, que se producen durante esta etapa y, las necesidades físicas y psicológicas de la madre.

A las pacientes se les debe de brindar una completa atención para que ella pueda tener confianza con el personal de enfermería y exprese todo lo que está sintiendo en el momento, ya sea la más mínima cosa que sienta o bien vigilar sus acciones y actitudes con el recién nacido y la familia cercana.

La psicoterapia es un método muy importante que se puede emplear, por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual como la interpersonal, ambas basadas en el diálogo con el personal de enfermería, son efectivas contra la depresión post parto y constituye la mejor opción para tratar la depresión de leve a moderada.

La primera enseña nuevas maneras de pensar y comportarse, mientras que la segunda ayuda a entender y resolver relaciones personales problemáticas.

8.7 VALORES Y PRINCIPIOS DE ENFERMERÍA

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera (o), consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Los valores son cualidades que le atribuimos a las cosas, a los hechos o a diferentes aspectos de la vida que los hacen ser importantes, valiosos, necesarios y permiten elevar el espíritu humano.

8.7.1 Las cualidades de enfermería se clasifican en físicas y morales:

Todo personal de enfermería debe de tener cualidades por lo cual, se identifican para un mejor cuidado de la paciente.

- Cualidades físicas:

Buena salud.

Buena presentación

Excelente arreglo e higiene personal.

En estas cualidades es son muy importantes para que la paciente pueda dirigirse a la enfermera(o) con una confianza plena y segura.

- Cualidades morales, ética profesional:

Discreción: No contar las cosas de las que se ha enterado en el ejercicio de la profesión. Es muy importante la discreción con las pacientes de depresión post

parto, ya que si tiene la confianza de contar a la enfermera(o) lo que le está pasando en el momento, es para que se sienta segura y de cierta manera comprendida.

Responsabilidad: Hacer todo lo que se le ha confiado sin necesidad de supervisión directa. La enfermera (o) tiene un gran compromiso con la paciente, está a su cargo por lo que debe de saber qué hacer en el momento como actuar y como dirigirse con ella para ayudarla. Tiene la responsabilidad de tomar una buena actitud para poder superar la depresión de la paciente.

Obediencia: Apegarse a las normas establecidas por la institución, respetando la línea de autoridad.

Honestidad: Una atención honesta que siempre sea brindada con la mejor de las intenciones para la paciente, tanto de manera individual como colectiva. Siempre dirigirse a la paciente y decirle de una manera muy honesta de las cosas que debe de saber acerca de la depresión y como puede superarse día a día.

Abnegación: Estar siempre dispuesta a servir a los demás, sobre todo a la paciente con DPP, en este caso, y al recién nacido ya que son las dos personas que tienen que tener un gran vínculo. Si se requiere se le dará todo el tiempo necesario.

Veracidad: Decir siempre la verdad. En este tipo de pacientes es muy importante hablar con la verdad de una manera que no afecte el estado de la paciente ya que se encuentra muy vulnerable.

Bondad: Se debe de tener espíritu de servir siempre con un agrado muy notable.

Confiabilidad: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses,

derechos y obligaciones. Este principio es fundamental que se debe de emplear con pacientes con DPP, ya que en todas las acciones que se realizan con las pacientes se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia: Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

Todos estos valores y principios son la base fundamental de la enfermera (o), para que pueda ejercer de una forma agradable su profesión, y ante una DPP, saber cómo actuar y como tratar a las pacientes, para lograr identificar y poder prevenir una DPP.

8.8 COMUNICACIÓN EFECTIVA

Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

Para un cuidado integral y una comunicación efectiva, es importante establecer entre la enfermera(o) y la paciente una relación terapéutica, utilizando una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna; brindando disposición al diálogo.

La comunicación es un proceso de gran complejidad porque está ligado a varios acontecimientos que ocurren dentro de la organización, la motivación, la toma de decisiones, el liderazgo y el conflicto organizacional entre otros.

La efectividad de la comunicación es un determinante de la realidad de estos procesos. Los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional.

8.8.1 La comunicación en enfermería:

El personal de enfermería debe de tener un vínculo con la puérpera y es muy importante logran tener una comunicación de manera efectiva, que debe de ser 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 enfermeras(os) 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

Deben hacer dos preguntas para identificar una posible depresión:

- ¿Se ha sentido a menudo molesta, triste o desanimada?
- ¿Se ha sentido preocupada por haber perdido interés y satisfacción en hacer cosas?

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

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

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

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharles y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en su trabajo, esta interacción cara a cara con intercambio de información es esencial. En otras palabras, los cuidados de enfermería se desarrollan a través de una relación terapéutica o también denominada de ayuda, que se establece a través del diálogo y la escucha. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto sanitario tiene asegurado su éxito profesional.

El proceso de comunicación supone la intervención activa, de forma dinámica, de todos los elementos descritos anteriormente, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia.

9.CONCLUSIÓN

Al finalizar con la investigación hay la conclusión que la depresión post parto es muy común en la población femenil, y muchas de las mujeres no se dan cuenta que tienen algún tipo de depresión, o bien sus familiares no percatan esto. Incluso el personal de enfermería o personal de salud no identifican los síntomas de una depresión.

Como se ha mencionado que la Depresión Postparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora. Por lo que con esta investigación durante las encuestas aplicadas se percató que la mayoría de las personas no tienen un conocimiento de la depresión post parto, e incluso algunas de las funciones de aparato reproductor femenino.

A través de las encuestas realizadas el 68% de la población femenil de distintas edades se sintieron tristes durante el puerperio, las cuales mencionaban que se sentían despreciadas, porque le daban más importancia a su hijo(a), mientras que el 32% de la población no presento ningún tipo de signos y síntomas de depresión.

Las mujeres estudiadas con mayor susceptibilidad a una depresión son las que presentan un perfil de mujeres en unión libre, solteras, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo.

El rol que asumen las mujeres puérperas ya no es el mismo de antes, debido a que todo esto provoca un deterioro a nivel emocional y casi en todos los casos trae consigo depresión. Sin embargo, algunas mujeres se adaptan fácilmente a la nueva forma de vida, aunque en la mayoría de los casos se necesitará de apoyo emocional y hasta psicoterapias para resolver el trauma que deja el parto, principalmente en la edad prematura y a madres primerizas.

La depresión posparto empeora el estado físico del recién nacido, pero no es el caso de nuestra paciente. La ansiedad materna que presenta la paciente del estudio, va a influir negativamente en el recién nacido. El estado psicológico

alterado que presenta la madre, va a afectar al recién nacido durante un tiempo, pero no a largo plazo.

Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas.

Entonces la Depresión Postparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del recién nacido y la madre, es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

Es muy importante que el personal de enfermería utilice todas las herramientas necesarias en la mujer durante el puerperio para identificar algún tipo de depresión, como se mencionó existe la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo la cual es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos.

Por lo contrario, cuando existe algún tipo de depresión que haya sido identificado a tiempo es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.

Influye mucho el tipo de parto si fue un factor determinante en el padecimiento de depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto de cierta manera traumática fueron quienes la presentaron.

Las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen más riesgo de presentar Depresión pos parto que las pacientes que resolvieron por Cesárea. Que corresponde a una asociación positiva con respecto a la razón de prevalencia del estudio. La edad promedio que presentaron mayor frecuencia de Riesgo de

Depresión Posparto fue de 18 años y las mujeres de una edad de más de 35 años. Las pacientes que tuvieron un niño sano disminuyen el riesgo de Depresión pos parto (asociación negativa con respecto a la razón de prevalencia). Sin embargo, las mujeres que tuvieron un niño con algún tipo de complicaciones son más susceptibles a padecer depresión, por el estado de su hijo.

Los profesionales sanitarios, pero sobre todo enfermería, trabajan para disminuir los trastornos psicológicos en el puerperio. Enfermería realiza un papel fundamental a la hora de disminuir la ansiedad materna. Las enfermeras deben de realizar la detección precoz de la ansiedad materna y deben actuar dando apoyo, información y unos cuidados de calidad.

El manejo de las pacientes embarazadas es muy fundamental, ya que además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros), se puede evitar y mantener un tratamiento en el momento adecuado.

El rol de la enfermera es quien mejor puede determinar si se está sufriendo algún tipo de depresión posparto, y es quien implementa los cuidados específicos para que la mujer durante el puerperio pueda tener un autocuidado adecuado, es por ello que la comunicación es muy importante, para que le brinde seguridad a la paciente y así pueda tener una confianza para que la mujer durante el puerperio exprese sus sentimientos del momento.

Sin embargo, el personal de enfermería debe de identificar si existe un signo que la puérpera presente, para poder actuar de forma adecuada. Entonces es muy importante conocer la diferencia entre los cambios emocionales durante el posparto.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 Básica

- Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona, 4º Ed. Elsevier. 2009.
- Muruaga S. Analisis y Prevencion de la Depresion post parto. 1st ed. Madrid; 1986.
- Dono CC, Ventosos CV, Especialistas M, Canalejo J, España S-AC. Depresión. 2006
- Villela DRP. "DEPRESION EN EL POSPARTO." Universidad San Carlos de Guatemala; 2012.
- M EJ. Depresión en el embarazo y el puerperio Depression in pregnancy and the puerperium. 2010
- Alicia Margarita Fuentes Zarate, Karen Massiel Mendez Palma JDV. depresion postparto y factores de riesgo asociados. Universidad San Carlos de Guatemala
- Guajardo DV. Validacion de la escala dela escala de edimburgo para embarazadas. 2012
- Investigaci GDE. Universidad de san carlos de guatemala dirección general de investigación. 2009
- Sánchez M. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. 2007.
- Garza ME, Rodríguez MS, Villarreal E, Salinas AM, Núñez GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev. Esp. Salud Pública. 2007
- Garcia LH, Labrudi J, Fonseca R. Consulta prenatal colectiva: una nueva propuesta para la atención integral. Rev Latino-am Enfermagem.
- Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2011
- Cassella CB, Gómez VG, Maidana D. Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2006

- Sánchez F, Suárez T, Caballero A. Mentiras en el Entorno Laboral: Efectos sobre la Confianza y el Clima Relacional y Afectivo. Rev psicol trab organ. 2011
- Latorre J, Contreras L, García S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb de Obst y Ginecol. (3), 2006
- Urdaneta M, Rivera S. 1, García J. Guerra M., Baabel N. Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil de Obst y Ginecol 2011
- Pinho AP, Pamplona VL, García CM. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18
- Lynda Juall Carpenito Moyet Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. 4º Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2005.
- Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev peru pediatr. 2007
- Haran C, Driel M, Mitchell B, Brodribb W. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014
- Jervis, G. (2004). Las causas de la depresión. Editorial Fundamentos. México
- Montero MG, Gómez A, Montero MM. Manejo de la ansiedad: Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson. Hygia Enf. 2013
- Romero G, Rocha D, Ruiz AS. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. Ginecol Obstet Mex. 2013
- Zietlow AL, Kim Schluter M, Nonnenmacher N, Muller M, Reck C. Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression,

Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Matern Child Health J.* 2014

- Salazar I, Sainz JA, García E, Marrugal V, Garrido R. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. *Prog Obstet Ginecol.* 2011
- Bohórquez OA, Rosas A, Juliana L, Yolanda R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en enf.* 2009
- Pinillos SM, Collado EM, Alonzo KJ, Valencia HR, Chocooj WA, Winter IR. Depresión post-parto. [Trabajo de investigación]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Unidad didáctica, Salud Pública, Fase I; 2009
- Moreno A, Domínguez C, Franca PS. Depresión post parto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia. *Rev chil obstet Ginecol (Chile).* 2004
- Cox J, Holden J. Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres 2003
- Estalovski B. (2004) *Cómo vencer la depresión.* (1ª. ed). Gidesa. Argentina.
- Figuero, G. Muñoz, M., y García, L. (2008). *Atención al adolescente.* Santander. México
- Saldívar, B. (2009). *Obstetricia y Ginecología.* México. Editorial médica panamericana.
- Jaime O, Solis N, Zarate M, Linetzky J, Atienza A. Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil. *Acta Científ Estud* 2006
- Carro G, Sierra M, Hernández G, Ladrón M, Antolín B. Trastornos Del Estado De Ánimo En El Postparto. *Med Gen.* 1-5
- Romero G, Dueñas de la R, Regalado C. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol y Obst de Méx.* 2010

10.2 Complementaria

- Araya H. (2014) “¿Qué es la depresión post parto? Síntomas, causas y complicaciones. (En red) consultado el 17 de mayo del 2014 en: <http://embarazoyparto.about.com/od/Postparto/a/Que-Es-La-DepresionPostparto.htm>
- INSTITUTO DE SALUD PUBLICA. Protocolo de detección de la depresión post parto durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento. Chile; 2014.
- Soriano J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Enferm. glob. 2012
- Pinto M. Importancia de la intervención enfermera en la práctica del Método Madre Canguro (MMC), y sus beneficios. Documentos enf. 2013
- Delgado E, Hidalgo MD, Blanco A. Experiencia de la puesta en marcha de un taller posparto. Hygia Enf. 2013
- Contreras H, Mori E, Lam N, Luna M. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. Rev. peru. epidemiol. 2011
- Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas Prof. 2013
- Laviña AB. Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal. NURE Inv. 2013;10
- Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chil de NeuroPsiquiat 2010
- Vera PG, Correa B, Neira M, Rioseco R, Poblete L. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. Rev. chil obstet ginecol. 2006
- Bailón E. Protocolo embarazo y puerperio. 2008.
- Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados, una mirada desde el modelo de Mishel. Index Enferm. 2013
- ManGregor L. La infección de las heridas en la práctica clínica. Medical Education Partnership (MEP). 2008

- Soriano J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enferm. glob.* 2012
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona. 5º Ed. Elsevier. 2009.
- Vásquez C., Hernangómez L. y Hervas G. (2006) Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. Universidad Complutense. Madrid España.
- Urteaga, G. (2004). Como Vencer la depresión. Madrid España. Editorial Akal.
- Trickett, S. (2009). La depresión. Editorial Hispano Europeo, S. A. México.
- Tucux, D. (2011, marzo 29). Vida y Salud. Prensa Libre pp.22. Guatemala. Universitario.
- Rodríguez, F. (2012). Como evitar la depresión. Revista La depresión. No. 1, 2.
- Rodríguez, S. (2009). Operatoria Obstétrica. Editorial médica panamericana. México
- Racauchi, L. (2003). Aprendiendo a cuidar el cuerpo el cuerpo-mente. Editorial médica Panamericana. Madrid España.
- Olvera H. (2013, marzo 27) Cómo afecta la depresión en el arreglo personal. Periódico La opinión. (en red) consultado el 28 de mayo del 2014 en <http://www.laopinion.com/alerta-si-sufre-depresion>
- Mosto R. (2010, diciembre). Depresión en el embarazo y puerperio. Revista de Neuro Psiquiatría. En red. Consultado el 25 de marzo del 2013 en http://www.sonepsyn.cl/pdf/revista_chilena_neuro_psiquiatria_v48_n4_octubre_diciembre_2010.pdf
- DRA. Dalia Alas de Saravia, ginecóloga- obstétrica- perinatologa 2013 pdf
- Morales, B. (2013, marzo). Nuestra Familia. Nuestro Diario. Noticias como son pp.18. Guatemala.

- Estalovski B. (2004) *Cómo vencer la depresión*. (1ª. ed). Gidesa. Argentina.
- Evans, M. (2003). *Obstetricia y Ginecología Online*. Revista Chilena. No. 6 vol. 68 consultado en abril del 2013 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600006&script=sci_abstract
- Domínguez M. (2011) en el artículo “¿Cómo superar la depresión post parto? (en red) consultado el 18 de abril del 2013 en: <http://www.crecerfeliz.es/Parto-yMaternidad/Postparto/depresion-postparto> Editorial Mad. México
- DeCherney, A. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico* (7ª. ed.) Editorial. El Manual Moderno S.A. Boston.

10.3 Electrónica

- <https://www.bebesymas.com/nutricion-embarazo/beneficios-del-omega-3-en-el-embarazo#:~:text=La%20ingesta%20diaria%20recomendada%20de,de%20embarazo%20y%20la%20lactancia.>
- https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=164-ii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235
- <https://www.scielo.org/article/spm/2013.v55n1/74-80/>
- <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/632>
- https://enfermeriaysalud.es/wp-content/uploads/2017/11/alba_gonzalez_2017_03_en_prensa.pdf
- <https://es.scribd.com/document/474722875/50-Texto-del-articulo-127-1-10-20191024>
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-depresion-posparto/>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/enfermeria1.pdf>
- <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4>
- <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415%20JULIA%20DE%20PAZ.pdf?sequence=1>
- <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-papel-del-personal-de-enfermeria-en-la-depresion-postparto/>
- <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol4n13pag4-18.pdf>
- <https://zaguan.unizar.es/record/85827?ln=es>
- <https://core.ac.uk/download/pdf/211107018.pdf>
- https://cade.org.mx/depresion?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=PD-GS-Cade~Trafico&utm_content=Depresion&gclid=Cj0KCKQiAj9iBBhCJARIsAE9

qRtASQTrSI5j7M6p2Pki9TkwJtGjccnoYvmwViSM-
IUzwc9DTn2C2n4waAIUdEALw_wcB

- https://cade.org.mx/depression?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=PD-GS-Cade~Trafico&utm_content=Depresion&gclid=Cj0KCQiAj9iBBhCJARIsAE9qRtASQTrSI5j7M6p2Pki9TkwJtGjccnoYvmwViSM-IUzwc9DTn2C2n4waAIUdEALw_wcB
- <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf
- <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
- <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=85040>
- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/causas>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563813001119>
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016
- <http://www.medicosdeelsalvador.com/uploads/articulos/1/25131-cambios-anatomicos-y-fisiologicos-en-la-embarazada.pdf>
- https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/188/c.php
- <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/cambios-f%C3%ADsicos-durante-el-embarazo>
- <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/tratamiento>
- <https://docplayer.es/12148171-Depresion-prenatal-y-posparto.html>

- **11. GLOSARIO**

A

- **Afligida:** Se refiere a una persona que expresa signos de aflicción, es decir, de angustia, tristeza, pena, dolor, sufrimiento físico.
- **Alojamiento conjunto:** Colocación de la madre y el recién nacido en la misma habitación inmediatamente después de salir de la sala de partos y, en el caso de los partos por cesárea, a partir del momento en que la madre podía satisfacer las necesidades del niño.
- **Anomalía:** Cambio o desviación respecto de lo que es normal, regular, natural o previsible.
- **Ansiedad:** Es solo un indicador de una enfermedad subyacente cuando los sentimientos se vuelven excesivos, en todo momento e interfieren con la vida cotidiana.
- **Antidepresivos:** Son medicamentos que alivian los síntomas de la depresión
- **Apego:** Es una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos individuos, por medio de sus interacciones recíprocas.
- **Apomorfina:** Es un derivado sintético de la morfina
- **Autocuidado:** Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud
- **Autoestima:** Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.

B

- **Bacterias coliformes:** Grupo de bacterias estrechamente relacionadas al suelo (siembra), el agua y el tracto intestinal de los animales
- **Bienestar:** Estado de la persona humana en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.
- **Bipolar:** Es una enfermedad mental que causa cambios extremos en el estado de ánimo

- **Bronquitis:** Inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones.

C

- **Cardiopatía:** Enfermedad progresiva del miocardio o músculo cardíaco.
- **Cefalea:** Dolor de cabeza intenso y persistente
- **Colapso pulmonar:** Se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que se encuentra entre los pulmones y la pared torácica.
- **Conceptus:** Producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias.
- **Contracción:** Acción de contraer o contraerse, especialmente un músculo o un órgano.
- **Control prenatal:** Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia

D

- **Decálogo:** Conjunto de reglas que se consideran básicas para una actividad.
- **Déficit:** Cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.
- **Defunción:** Muerte de una persona.
- **Dependencia emocional:** es un patrón psicológico que incluye, necesidad de que otros asuman la responsabilidad.
- **Depresión:** Hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado.
- **DHA:** Es una grasa estructural importante en el cerebro y la retina cuyo nombre es la abreviatura de ácido docosahexaenoico.
- **Diagnóstico:** Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.
- **Dificultad marital:** Los problemas de pareja se presenta generalmente en la forma de que unos los miembros hacen una conducta que no le gusta a la otra

- **Disfunciones:** Trastorno o alteración en el funcionamiento de una cosa.
- **Distensión:** También denominada tirón muscular, es el desgarró parcial o completo de fibras musculares
- **Distócico:** Es un parto distócico en el que se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica, mediante maniobras o cirugía.

E

- **Edema:** Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.
- **Electroconvulsiva:** Se utiliza una corriente eléctrica para tratar la depresión y otras enfermedades mentales.
- **Endometrio:** Membrana mucosa que forma la capa interna de la pared uterina.
- **Epidemiología:** Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.
- **Espermatozoide:** Célula reproductora masculina, móvil y flagelada
- **Estirol:** Es un metabolito del estradiol.
- **Estrés:** Es un sentimiento de tensión física o emocional.
- **Estrías:** Son atrofas cutáneas en forma de líneas sinuosas de color blanquecino o amoratadas.
- **Estrógeno:** Hormona sexual que interviene en la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos.
- **Estrona:** Es una hormona estrogénica secretada por el ovario y el tejido adiposo.
- **Etiopatogenia:** Se refiere al origen de una enfermedad y sus mecanismos, es decir, la combinación de etiología y patogénesis.

F

- **Farmacológico:** Relacionado con los medicamentos o con la ciencia que estudia su composición y propiedades.

- **Fatiga:** Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental.
- **Feto:** Producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.
- **Fisiopatología:** Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.
- **Folículo:** Estructura anatómica que tiene una disposición glandular, secretora o excretora, y forma de saco pequeño, depresión o cavidad, especialmente la situada en la piel o en las mucosas.
- **Fosfolípidos:** Son un tipo de lípidos saponificables que componen las membranas celulares, compuestos por una molécula de alcohol.
- **Función cognitiva:** Habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas.
- **Función neurológica:** Es el desarrollo del sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular en estado normal y patológico.

G

- **Genética:** Parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.
- **Gestación:** Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
- **Glóbulos:** Célula suelta que se encuentra en varios líquidos del cuerpo y en especial en la sangre.

H

- **Hemorragia:** Es la pérdida de sangre.
- **Hemorroides:** Son venas hinchadas que a veces sobresalen del ano.
- **Hipertrofia:** Aumento del tamaño de un órgano o tejido, secundario al aumento de tamaño de sus células constituyentes
- **Hipófisis:** Es una glándula, ubicada en la base del cerebro, que produce numerosas hormonas.

- **Hipotálamo:** Es una zona del cerebro que produce hormonas que controlan: la temperatura corporal, el hambre.
- **Hipotiroidismo:** Enfermedad que se caracteriza por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides
- **Homeostasis:** Conjunto de fenómenos de autorregulación
- **Hormona gonadotropina coriónica:** Esta es una hormona específica del embarazo
- **Hormonas:** Son mensajeros químicos del cuerpo.

I

- **Incapacidad:** Carencia de condiciones, cualidades o aptitudes, especialmente intelectuales.
- **Incisión:** División o corte metódico de las partes blandas con un instrumento cortante o bisturí.
- **Incubadora:** Aparato donde se tiene a los niños recién nacidos prematuros o con problemas de salud para facilitar el desarrollo de sus funciones orgánicas
- **Infeción:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.
- **Inmunización:** Previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación
- **Interacción:** Acción, relación o influencia recíproca entre dos o más personas o cosas.
- **Intervención:** Es la acción y efecto de intervenir. Este verbo hace referencia a diversas cuestiones.
- **Intolerancia:** Alto grado de rechazo hacia algo o alguien.
- **Involución:** Retroceso en la marcha o evolución de un proceso.

L

- **Labilidad:** Se refiere a algo que está en constante cambio o es probable que sufra un cambio.
- **Lactante:** Bebé que está en el período de la lactancia.

- **Líquido amniótico:** Es el líquido que rodea el feto dentro del útero durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico o amnios.
- **Loquios:** Flujo sanguinolento que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes.
- **Lordosis:** Curvatura de la columna vertebral con la convexidad, generalmente exagerada, hacia la parte anterior.

M

- **Malformación:** Anomalía intrínseca en la morfología de un órgano, parte del mismo, o de una estructura anatómica.
- **Maternidad:** Estado o circunstancia de la mujer que ha sido madre.
- **Melancolía:** Estado anímico permanente, vago y sosegado, de tristeza y desinterés, que surge por causas físicas o morales, por lo general de leve importancia.
- **Múltipara:** Que ha tenido más de un parto.

N

- **Neonato:** Niño recién nacido.
- **Neurotransmisores:** Transmite los impulsos nerviosos en la sinapsis.
- **Norma:** Principio que se impone o se adopta para dirigir la conducta o la correcta realización de una acción o el correcto desarrollo de una actividad.
- **Nutrientes:** Son cualquier elemento o compuesto químico necesario para el metabolismo de un ser vivo.

O

- **Control prenatal:** Permite prevenir complicaciones durante el embarazo.
- **Obsesivo:** Trastorno mental en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez.
- **OPS:** Organización panamericana de la salud
- **Organismo:** Conjunto de los órganos que constituyen un ser vivo.

- **Ovulo:** Célula reproductora femenina que se forma en el ovario.
- **Oxitocina:** Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche.

P

- **PAE:** Proceso de atención de enfermería
- **Panículo:** Capa de tejido adiposo situada bajo la piel de los vertebrados.
- **Perinatal:** Antecede al parto o que aparece o se desarrolla inmediatamente después de él.
- **Pirosis:** Sensación de quemadura que sube desde el estómago hasta la faringe, producida por la regurgitación de líquido estomacal cargado de ácido.
- **Placenta:** Es un órgano que se desarrolla en el útero durante el embarazo.
- **Post parto:** Es el periodo después del parto
- **Pre eclampsia:** Complicación del embarazo potencialmente severa caracterizada por una presión arterial elevada.
- **Primíparas:** Mujer que ha tenido un parto.
- **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
- **Psicosis:** Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.
- **Psicosocial:** Conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella.
- **Psicoterapia:** Tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos.
- **Puerperio:** Periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino.

- **Pugnar:** Insistir con esfuerzo para lograr una cosa.

Q

- **Queratina:** Proteína rica en azufre que constituye la parte fundamental de las capas más externas de la epidermis y de tejidos.

R

- **Re captación:** Forma de inactivación de los neurotransmisores.
- **Reacciones quirúrgicas:** Se considera como una respuesta inconsciente al daño tisular expresada por cambios autonómicos, metabólicos y hormonales que siguen a la injuria o al trauma.
- **Retina:** Es un tejido sensible a la luz situado en la superficie interior del ojo.
- **Riesgos:** Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
- **RN:** Recién nacido

S

- **Secuelas:** Lesión o trastorno remanente tras una enfermedad o un traumatismo.
- **Sensibilidad:** Capacidad para percibir sensaciones a través de los sentidos, o para sentir moralmente.
- **Serotonina:** Es un neurotransmisor muy relacionado con el control de las emociones y el estado de ánimo
- **SIDA:** Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual.
- **Síndrome premenstrual:** se refiere a un amplio rango de síntomas.
- **SNC:** Sistema nervioso central y es una de las porciones en que se divide el sistema nervioso.
- **Somáticas:** Designa a aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas y que se expresan de manera clara y visible en alguna parte del organismo.
- **Suicidio:** Es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida.

- **Surfactante:** Son compuestos usados en una gran variedad de productos de limpieza por su capacidad para reducir la dureza superficial del agua.

T

- **Tamizaje:** Prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas
- **Tensión arterial:** Medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo.
- **Terapia:** Rama de la medicina enfocada a enseñar a tratar diversas enfermedades y a afrontar el tratamiento en sí mismo.
- **Tiroides:** Glándula pequeña con forma de mariposa, ubicada en la base de la parte frontal del cuello
- **Tórax:** Parte del cuerpo que se encuentra entre el cuello y el abdomen. Incluye las costillas y el esternón.
- **Tóxico:** Puede causar trastornos o la muerte a consecuencia de las lesiones debidas a un efecto químico, algo que es dañino
- **Trastorno:** Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.
- **Trimestre:** Periodo de tres meses.

U

- **UCIN:** Unidad de cuidados intensivos para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o tienen alguna afección médica grave.
- **Ultrasonido:** Ondas sonoras de alta frecuencia viajan desde la sonda a través del gel y hacia adentro del cuerpo.
- **Útero:** Órgano reproductor femenino en forma de pera ubicado en la pelvis.

V

- **Vagina:** Conducto membranoso del aparato reproductor de las hembras de los mamíferos, que se extiende desde la vulva hasta el útero.

- **Varices:** Venas tortuosas y dilatadas que aparecen con mayor frecuencia en las piernas y los pies.
- **Vermix caseoso:** Sustancia blanquecina y pegajosa que recubre la piel del bebé. Su composición es variada, compuesta por agua, grasa, proteínas con propiedades antimicrobianas y una alta concentración de vitamina E.
- **Vicisitud:** Cambio en el curso de los acontecimientos.
- **Vigilancia:** Monitoreo del comportamiento.
- **Vínculo:** Unión o relación no material, especialmente la que se establece entre dos personas.
- **Virus:** Agente infeccioso microscópico acelular que solo puede replicarse dentro de las células de otros organismos.
- **Vitalidad:** Actividad o energía para vivir o desarrollarse, es un estado de energía positivo.
- **Vulnerabilidad:** Es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre.