

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado
DEPRESIÓN POSTPARTO

- Autor/a -

Borbalán Escánez, Juan

- Tutor/a -

Granados Gómez, Genoveva

Indice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	7
3. Metodología.....	7
4. Desarrollo.....	7
4.1. El Trastorno Depresivo Puerperal.....	7
4.2. Factores de riesgo.....	9
4.3. Instrumentos de valoración.....	10
4.4. Tratamiento.....	13
5. Caso clínico.....	16
6. Discusión.....	19
7. Conclusión.....	20
8. Bibliografía.....	21

Resumen:

La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero cuando acontece después del parto, se denomina depresión puerperal. Es un problema de salud con una prevalencia que oscila entre el 10–15% según la literatura mundial.

El propósito de este trabajo es profundizar en conocimientos que son fundamentales para los profesionales que como enfermería tienen como objetivo profesional el cuidado de estas mujeres. Así pues, los objetivos que nos planteamos son definir el concepto de depresión puerperal, los tipos de depresión puerperal, la sintomatología, los factores de riesgo y el tratamiento e incluir las intervenciones de enfermería utilizadas con mayor frecuencia ante la depresión puerperal, mediante la elaboración y resolución de un caso clínico. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos y documentos que hacen referencia a la depresión puerperal en inglés y español sin límite de tiempo.

Entre los factores de riesgo causantes de la depresión, no se ha hallado un único factor desencadenante, por lo que podemos decir que se trata de una alteración de etiología multifactorial, señalando que los antecedentes psiquiátricos, la morbilidad de la madre y del recién nacido, entre otros, aumentan el riesgo de padecer depresión puerperal. La detección temprana de síntomas relacionados con la depresión puerperal, es la manera más factible para permitir el diagnóstico y reducir los problemas de salud que conlleva para el vínculo madre – hijo, la pareja y la familia, por ello hay una serie de test diagnósticos como es la Escala de depresión de Edimburgo, el inventario de depresión de Beck, etc. que se utilizan como herramientas para analizar y cuantificar la sintomatología depresiva, facilitados por el personal de enfermería en las consultas de puericultura. En los casos en los que la puntuación del test de cribado lo requiera, se derivará la paciente a su médico para que se pueda llevar a cabo el tratamiento oportuno. La labor de enfermería cambiará en función de las necesidades de la paciente, como puede ser facilitar la participación en grupos de apoyo, fomentar el apoyo de la pareja y miembros de la familia para que se sienta apoyada en todo momento, etc. En definitiva, la depresión puerperal es una de las complicaciones más comunes tras el embarazo, por lo que hay que conocer los síntomas depresivos para poder realizar de forma precoz intervenciones de prevención y tratamiento.

1.Introducción:

Hoy en día la depresión se está convirtiendo en una de las patologías más comunes en el ámbito de la Atención Primaria, identificándose cada vez un mayor número de alteraciones de este tipo, considerándose una enfermedad infratratada. Se podría definir la depresión como un trastorno del estado de ánimo, expresado con sentimientos negativos como tristeza o inutilidad, es decir, por la vivencia de tristeza en un sentido general. Para la OMS, la depresión es la causa principal de baja laboral en países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo. Según el estudio ESEMED (proyecto europeo sobre Epidemiología de los trastornos mentales) la depresión en España afecta al 10% de la población, es decir, casi a 4 millones de ciudadanos; encontrándose en estado de depresión leve el 52% de los diagnosticados, en situación moderada el 36% y en grave el 11%. Por provincias, se recogen a modo de ejemplos los datos encontrados de Madrid (200 a 240 mujeres por cada 100 hombres), en Sevilla (214 mujeres cada 100 hombres) y en la ciudad de Valencia (290 mujeres cada 100 hombres)^(1,2,3).

En base a los artículos contrastados, a nivel general, hay una serie de factores que aumentan la posibilidad de desarrollar depresión, siendo los más comunes los factores genéticos, físicos, psicopatológicos y ambientales, aunque es posible desarrollarla sin identificarse factores de riesgo. De manera específica, algunos autores señalan que, los sucesos traumáticos, estrés y los cambios hormonales relacionados al ciclo menstrual, el embarazo, el periodo postparto, etc. ejercen un efecto en el estado de ánimo de las mujeres, lo que justifica el aumento de la prevalencia de depresión en esta población ^(1, 3).

En este sentido, diversos estudios informan que durante el embarazo y puerperio se incrementa el riesgo de padecer alteraciones del estado de ánimo, relacionándolas con los cambios tanto físicos como emocionales que se generan en la mujer durante dicho periodo y señalan que se manifiestan en los primeros meses tras el parto. Entre los trastornos que se presenta con mayor frecuencia durante la etapa puerperal se sitúa la depresión postparto (DPP), que consiste en que la madre desarrolla una serie de síntomas tras el nacimiento del hijo, tal y como se describe más adelante^(4,5,6,7,8,9).

Autores como Llavona et al.⁽¹⁰⁾ (1986) definen la DPP como el resultado de un proceso fundamentalmente operante que se produce después del parto, donde la mujer se encuentra con un organismo debilitado, por el esfuerzo que supone el parto y por el reajuste fisiológico posterior, y con unos cambios hormonales que quizá faciliten la inestabilidad emocional. Para Victoroff la DPP es un síndrome que se caracteriza por un estado depresivo moderado, al que le siguen una serie de

síntomas como lloros, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración...y cuya duración oscila entre unas horas hasta unos días. Autores como Campbell y Cohn⁽¹¹⁾ (1995) consideran la DPP un trastorno que se presenta con una frecuencia similar a la depresión en mujeres en cualquier otro periodo de la vida, frente a otros autores que consideran el postparto un periodo en el que el riesgo de padecer depresión es mucho mayor que en cualquier otro periodo de la vida, debido a que hay una mayor vulnerabilidad en la mujer, por los cambios que experimenta. Por otro lado, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV) la DPP se trata de un episodio depresivo mayor que se presenta dentro de las 4 semanas posteriores al parto⁽¹²⁾.

En cuanto a los factores etiológicos, si bien los estudios muestran controversias, algunos indican que se instala principalmente en primíparas que sienten incapacidad para cuidar al hijo, aquellas que no presentan un núcleo familiar estable o que tienen un embarazo complicado y otros que se puede dar con frecuencia tras un aborto o muerte fetal^(2,5).

Aunque la DPP es un trastorno que se puede tratar, la gran mayoría de las mujeres que lo padecen no reconocen tenerlo. Entre las razones se describen la percepción de fracaso personal y la baja autoestima, lo que resulta un problema de salud infradiagnosticado que repercute de manera negativa en la relación madre – bebé^(7,8).

La prevalencia de depresión puerperal es difícil de establecer y la diversidad en las cifras se puede relacionar con la complejidad en la delimitación diagnóstica del trastorno que padece la mujer en el periodo puerperal, ya que en diversos estudios o trabajos referentes al tema, no queda claro a que hacen referencia, si es trastorno más leve como puede entenderse la tristeza puerperal o se refiere a la psicosis puerperal. Además, otro de los factores que pueden incidir en la variabilidad de las cifras, se relaciona con los múltiples instrumentos utilizados para el diagnóstico de la depresión puerperal. A nivel mundial, en la actualidad entre el 0.5 y el 5% de los partos, se calcula que provocan trastornos del estado de ánimo en el puerperio, y que el riesgo de recaer en embarazos posteriores oscila entre el 5% y el 15%. Actualmente se observa una incidencia de DPP de 10 a 20%, según la información recopilada y se le ha considerado como uno de los trastornos de ánimo más frecuente en el puerperio, con unas cifras del 45% y en países orientales hasta del 24% según diversos estudios^(5,9,13,14,15).

En España la prevalencia oscila entre el 10 y el 15%, datos que son avalados por dos estudios. En uno de ellos se utilizó como medida de cribado la escala de depresión de Edimburgo,

obteniendo un resultado que oscilaba en 13,16% y en el otro se aplicó como método de cribado la entrevista clínica estructurada, señalando una puntuación de 10 a 15%. Otros estudios informan que la prevalencia es mayor en países en desarrollo^(9,14,16,17).

Atendiendo al tiempo de manifestación de los síntomas, autores como Pitt en 1973 indican que los trastornos del estado de ánimo que se pueden dar tras el nacimiento del hijo son; los más frecuentes se presentan en forma de *Maternity blues*, con una prevalencia que gira en torno al 50 y el 80% de los partos, siendo lo más habitual que cursen durante los primeros 10 días tras el parto, según diversos autores. La DPP mayor se inicia a las 2-3 semanas tras el parto, con una duración aproximada de 4 a 6 semanas e incluso de un año sin tratamiento, teniendo una prevalencia entre un 8-25%. La forma menos frecuente es la psicosis puerperal que se inicia generalmente a las 2-3 semanas y dura aproximadamente 6-12 semanas^(4,6,13,18).

En este contexto, el Ministerio de Salud define al enfermero como profesional cualificado para llevar a cabo acciones en todas las fases del ciclo de vida femenino, destacando la fase puerperal, ya que en ella, es cuando la mujer puede sufrir un mayor número de alteraciones, modificando su estado de salud o bienestar. Así, a nivel general, entre las manifestaciones que pueden orientar al personal de enfermería responsable del cuidado de estas mujeres, se puede considerar la irritabilidad con el llanto del niño, la falta de estímulo para amamantar, la falta de libido, transferencia de responsabilidad sobre el niño y en los casos más graves, no cuidar del niño y agresión física. Estos síntomas reflejan entre otros los cuadros de depresión leve a moderada. Así mismo, el personal de enfermería debe conocer los factores causales que hacen más probable el desarrollo del cuadro depresivo, teniendo en cuenta que independientemente de la intensidad del cuadro, junto a la madre, es el bebé el principal afectado por el desorden materno^(5,18).

Ante lo previamente expuesto, se asume que la maternidad es un cambio global en la vida de la mujer que afecta a varios aspectos de su vida, no sólo a su cuerpo, sino que también lleva involucrados una serie de cambios en las relaciones sociales, su conducta y sus planes futuros de vida; conocimientos que son fundamentales para los profesionales que como enfermería tienen como objetivo profesional el cuidado de estas mujeres y, que se convierten en el propósito de este trabajo.

2. Objetivos

Para el desarrollo de este estudio se han planteado los siguientes objetivos:

- Definir el concepto del trastorno depresión puerperal, los tipos de depresión puerperal, la sintomatología, los factores de riesgo y el tratamiento.
- Describir las intervenciones de enfermería utilizadas con mayor frecuencia una vez instaurado el estado depresivo, mediante la elaboración y resolución de un caso clínico.

3. Metodología

En la elaboración de este trabajo, se ha realizado en primer lugar una revisión bibliográfica de artículos científicos. Los límites de la búsqueda fueron todo tipo de documentos en español e inglés sin límite de tiempo y que se encontraban disponibles en las bases de datos Medline, IME biomedicina y Proquest Nursing and Allied health Source. Los descriptores utilizados fueron: depresión postparto, cuadro clínico, factores de riesgo, Escala de Edimburgo.

Se utiliza además, la descripción de un caso clínico con valoración, diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones. Se ha tenido en cuenta toda aquella información que diera respuesta a los objetivos del trabajo que se presenta. Para facilitar la comprensión del tema se han agrupado los contenidos en función de los objetivos planteados.

4. Desarrollo conceptual

4.1. El Trastorno Depresivo Puerperal

Hoy en día, los trastornos depresivos son un problema importante de salud pública, dándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. En el embarazo y puerperio se dan una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que incrementan la vulnerabilidad en la mujer⁽¹⁴⁾.

Los trastornos que nos podemos encontrar en el puerperio relacionados con el estado de ánimo son:

- DPP leve; es un síndrome leve que se presenta en un 20-80% aproximadamente de las madres. Suele aparece del 2º a 4º día de puerperio y desaparece de forma rápida en un plazo de dos semanas. La sintomatología se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, cefaleas, cambios de apetito y sentimiento de minusvalía. Debe controlarse que estos síntomas no se incrementen y derive a DPP^(6,8,13,18).

- Depresión mayor postparto; Se suele iniciar a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con duración de 4 a 6 semanas, incluso un año si no se trata. Tiene una serie de factores asociados entre los que se encuentran: herencia, historia previa de depresión, aislamiento social...entre otros. Según la estadísticas de diversos estudios, la prevalencia de dicho trastorno es del 5-22%.Las que padecen dicha depresión suelen presentar la siguiente sintomatología : pereza, fatiga, tristeza, sentimiento de culpa, pérdida de libido, alteración de la concentración, sueño y del apetito, miedo de autolesionarse o dañar al niño, sobreprotección del niño (la madre siempre ve al niño enfermo porque lo que acude repetidamente al médico, siendo este alguno de los síntomas delatadores de la depresión de la madre), entre otros^(8,13).
- Psicosis postparto: En su forma más severa puede generar un grave peligro para la madre y el hijo. Suele aparecer entre el 3-9 día tras el nacimiento, aunque puede darse incluso en el sexto mes tras el parto. Cursa con labilidad del humor, confusión, incapacidad para dormir, alucinaciones como pensar que el niño está muerto, poseído por el demonio, etc. Se considera una emergencia médica ya que la madre tiene riesgo de autolesionarse o dañar al hijo^(8,13).

Según ciertos autores hay pocas tasas de suicidio de mujeres en el puerperio, pero aquellas mujeres que presentan depresión mayor sobre todo en el primer año tras el nacimiento del hijo, el riesgo de suicidio es mayor. Por ello la detección temprana de estos trastornos es un factor clave para reducir su incidencia, aunque es dificultosa ya que el puerperio se asocia a un período de cambios fisiológicos y psicológicos que alteran el estado de ánimo, y la idea social preconcebida de que el nacimiento de un hijo es un período de felicidad y satisfacción afecta a la madre a la hora de revelar su sentimientos, lo que dificulta aún más el diagnóstico⁽¹⁸⁾.

Para prevenir y detectar dicho trastorno hay que identificar los grupos de riesgo durante el embarazo y puerperio y para ello hay una serie de test diagnósticos usados en la DPP como son la escala de depresión postnatal de Edimburgo y el inventario de depresión de Beck, entre otros. Vamos a mencionar los factores relacionados con la presentación de la depresión puerperal que se han descrito en los diversos estudios, habiendo cierta discrepancia entre ellos, por lo que podemos considerar que la depresión puerperal tiene una etiología multifactorial.

4.2. Factores de Riesgo

Hoy en día, es imposible determinar una causa única que nos muestre la ocurrencia del trastorno, siendo uno de los aspectos más complicados del estudio realizado sobre la DPP, de manera que, si bien, en numerosas investigaciones se han planteado gran diversidad de factores que pueden incrementar el riesgo de aparición, no se ha hallado ninguno que lo haya aclarado claramente. Entre los factores recogidos en la bibliografía, que pueden incrementar el riesgo de padecer DPP, podemos destacar^(1,8,14,18,19);

- Antecedentes psiquiátricos previos; algunos estudios señalan que haber padecido episodios de depresión previa incrementa la incidencia un 10 -24%. Si la depresión se da durante el embarazo el riesgo aumenta a 35%., y si existen precedentes de DPP, el valor se dispara hasta el 50%. Según ciertos autores la depresión prenatal y tener antecedentes personales de depresión mayor, son factores que incrementan el riesgo de padecer depresión puerperal. También influyen los antecedentes familiares de depresión^(8,14,18,19).
- Factores de morbilidad tanto materna como del recién nacido; abortos previos, embarazos múltiples, complicaciones en el embarazo-parto y morbilidad del recién nacido que puede presentar enfermedades o anomalías. Según algunos autores, que el parto sea vaginal o por cesárea no presenta mayor o menor riesgo para desarrollar la DPP pero se detecta un riesgo mayor de padecerla en primíparas y aquellas con antecedentes psicológicos. Respecto a la paridad como factor desencadenante, el estudio realizado por el programa de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo, no da mayor relevancia a la paridad, sin embargo señala que los nacimientos por cesárea representan un riesgo tres veces mayor que el parto vaginal para desarrollar depresión puerperal. En este sentido, otros autores consideran el parto vaginal como un factor amortiguador para desarrollar la DPP. Aunque hay diversidad de opiniones dentro de los factores mórbidos, la gran mayoría de los estudios concluyen que los trastornos médicos en el embarazo, el nacimiento por cesárea, la enfermedad del neonato y una mala experiencia durante el embarazo-parto incrementan el riesgo de aparición, salvo el parto vaginal que actúa como amortiguador para la aparición de dicha depresión ^(13,14, 19, 21).
- Factores psicosociales; La sensación por parte de la mujer de falta de apoyo de la pareja o familiares para la crianza del niño, ayuda en las tareas, etc., puede incrementar el riesgo de padecer la DPP. Además de otros acontecimientos como la pérdida de trabajo, la pérdida de un familiar, conflictos de pareja, etc. Los estudios reflejan que la proporción de mujeres que sufre depresión por problemas de pareja es mayor respecto a los hombres. Diversos estudios

señalan que los problemas familiares tienen una relación significativa con el hecho de desarrollar depresión puerperal. En definitiva, la falta de apoyo social, por parte de la familia o pareja, ya sea en la realización de tareas domésticas o cuidados del niño, la gran mayoría de los estudios señalan que tienen un relación significativa a la hora de desarrollar depresión puerperal^(3,8,15,18,19).

- Factores sociodemográficos como la edad temprana o tardía de la madre, el nivel de estudios o la situación laboral y económica, son variables que también se relacionan con el incremento del riesgo a desarrollarla. La relación entre depresión y clase social muestra aspectos contradictorios. Algunos autores señalan que no existen diferencias entre unos niveles sociales u otros en cuanto a la presentación de esta patología, mientras otros relacionan la manifestación de los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio con la existencia de un nivel económico bajo y el no disfrute de baja maternal. Según una investigación descriptiva, utilizando como muestra a 100 púerperas, para valorar los factores de riesgo en ellas, se observó que aumenta el riesgo el hecho de tener un nivel de estudio primario o inferior frente a un nivel educativo superior, presentando un riesgo menor aquellas que tienen estudios universitarios, coincidiendo con los informes de otros autores. Dicho estudio también establece que las mujeres adolescentes presentan mayor depresión que las mayores, ya que hay varios factores desmoralizantes en el entorno social y las vivencias pasadas, que juntas hacen al adolescente más vulnerable ante sucesos vitales como es el embarazo. En otros trabajos la edad no ha mostrado ser muy significativa^(14,15,18,19).

Según la bibliografía revisada, también habría que mencionar las teorías biológicas como causantes de la depresión, según la cuales, el cuadro clínico que se presenta en el tercer día tras el parto se debe a los cambios hormonales que ocurren durante dicho periodo. Se puede desarrollar DPP con o sin factores de riesgo, pero cuanto más factores presente, el riesgo de desarrollarla es mayor^(7,14).

Uno de los cambios, es la brusca caída de los niveles de estrógenos y progesterona, que vuelven a sus niveles normales a los tres días tras el parto. Las mujeres cuyos cambios sean más bruscos, tienen una mayor vulnerabilidad, pero según la gran mayoría de investigadores están de acuerdo, en que no mantienen dichos cambios hormonales una relación significativa con la DPP. También cabe mencionar, la actividad de la prolactina durante el puerperio. La lactancia materna, se ha señalado como factor protector ante el desarrollo de depresión puerperal, ya que los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el

periodo posparto, por lo que se ha determinado que las mujeres que no amamantan a sus bebés, producen una rápida bajada en su prolactina y podrían tener una mayor incidencia de DPP⁽⁷⁾.

4.3. Instrumentos de valoración.

Dado que no parece fácil controlar la prevención de la depresión puerperal, se debería tener un previo conocimiento del riesgo y de los primeros síntomas, de manera que el diagnóstico y tratamiento se pueda establecer lo antes posible. Para prevenir e identificar dicho trastorno, hay que identificar los grupos de riesgo durante el embarazo y puerperio y para ello hay una serie de test diagnósticos usados en la DPP como son la escala de depresión postnatal de Edimburgo, el inventario de depresión de Beck, entre otros. Además, en la consulta prenatal, se debería realizar una historia clínica completa que incluya antecedentes familiares, personalidad, situación social y matrimonial, enfermedades previas y reacciones ante el embarazo, actitud y estado de ánimo actual y cualquier otro problema que presente. Por otro lado, la unidad de Preparación al Parto, puede disminuir el riesgo de aparición, ya que al ser un equipo multidisciplinario compuesto por ginecólogos, matronas, psicólogos y psiquiatras, además de ayudar a la gestante acerca de la preparación al parto, en la que se le informará de forma adecuada y recibirá técnicas de respiración, relajación y gimnasia, podrá expresar sus dudas, recelos y sentimientos respecto al embarazo, parto y puerperio durante las sesiones de dinámica grupal^(8,22).

Las escalas de evaluación de la depresión, son instrumentos de medida estandarizada, que ofrecen una puntuación objetiva y que tienen dos fines fundamentales; apoyar o no un determinado diagnóstico y, evaluar de forma objetiva los resultados de una determinada intervención terapéutica. De los instrumentos utilizados para evaluar la existencia de alteraciones del estado de ánimo durante el puerperio, se puede utilizar la escala de Edimburgo para la DPP, el inventario de depresión de Beck y el inventario de Ansiedad Estado – Rasgo, entre otros. Los tres instrumentos se administran tras el parto (una vez detectados los primeros indicios) y aproximadamente a los 2 meses, para detectar si ha habido cambios^(18,22).

- Escala de Edimburgo; analiza la sintomatología depresiva en el postparto. Es un instrumento de fácil manejo, consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta (puntuación de 0 a 3). Existe una versión en español la cual ha sido traducida y evaluada por Jadresic et al.⁽²³⁾ en 1995. Los puntos de corte clínico para diferenciar entre mujeres con y sin DPP se han establecido en el umbral de 9 / 10 y reflejan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%. Es un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que todas las madres con test positivos, al aplicarles la Encuesta Diagnóstica para Depresión CIE-10,

se confirmó el cuadro depresivo posparto, es decir, primero el rastreo con un test de autoaplicación, tipo escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test positivos^(14,15,18,23,27).

- Inventario de Depresión de Beck; Es una de las herramientas de evaluación más utilizadas para cuantificar los síntomas depresivos así como su intensidad en poblaciones normales y clínicas. La escala de Depresión de Edimburgo muestra mayor superioridad que esta, como ya muestran diversos estudios. Tiene un punto de corte clínico igual a 18, ya que tal puntuación aumenta la exactitud diagnóstica y que permite diferenciar a personas con o sin depresión^(15,18).
- Inventario de ansiedad Rasgo – Estado; tiene como objetivo medir el nivel de ansiedad de los sujetos⁽¹⁸⁾.

Tras haber usado cualquiera de las escalas anteriormente mencionadas, hay que derivar a evolución por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico, a aquellas madres que presenten un puntaje alto. Entre las actividades de enfermería durante el periodo puerperal, está la de proporcionar cuidados individualizados y flexibles durante el postparto basándose en la identificación de síntomas depresivos y preferencias de la madre, además de poner en marcha las estrategias de prevención de la DPP, en su caso, como es el uso de la escala de DPP de Edimburgo que es la herramienta autoinforme recomendada para detectar los síntomas de depresión en las madres en el periodo postparto, pudiéndose aplicar en cualquier momento tras el nacimiento hasta los 12 meses para detectar los síntomas depresivos.

En el caso de que la madre presente una puntuación positiva y haya certeza acerca del trastorno, hay que derivarla al médico con los resultados del test y la labor de enfermería debe centrarse en proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de la madre, además de facilitar oportunidades de participar en grupos de apoyo, fomentar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el postparto, según corresponda, de manera que la madre se sienta apoyada en todo momento y formar a las madres acerca de la DPP para facilitar la confirmación de los síntomas depresivos y poder realizar de forma precoz intervenciones de prevención y tratamiento. Si la puntuación del test es negativa, por debajo de 12, como medida preventiva, se debe proporcionar información sobre la DPP, reforzar el autocuidado y proporcionar información sobre los recursos comunitarios.

4.4. Tratamiento

Respecto al manejo terapéutico, una vez confirmado la presencia del trastorno depresivo, su objetivo es la remisión del episodio agudo, como la prevención de recaídas o recurrencias. Los principales elementos del tratamiento son la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, la psicoterapia y el tratamiento psicofarmacológico⁽²²⁾.

En cuanto a la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, éste debe crear un clima de cordialidad que le permita a la paciente expresar de forma libre sus emociones, comprometer a la familia y la paciente con el tratamiento prescrito, hacer preguntas con naturalidad acerca de las ideas de muerte y suicidio e informar a la familia adecuadamente para que brinde apoyo a la paciente. A su vez, se debe intentar la liberación de factores estresantes que puedan incrementar dicho trastorno^(8,22).

Respecto a la psicoterapia, la podemos dividir en psicoterapia de apoyo que consiste en establecer una relación adecuada médico- enfermera/o, que le brinden apoyo y le permitan aumentar su autoestima, valorando sus actividades y realzando sus logros positivos a lo largo del proceso terapéutica y la terapia cognitiva que tiene por objetivo modificar la forma en que la paciente evalúa sus cogniciones y las circunstancias que la rodean, a la vez que la preparan en la adquisición de habilidades nuevas como respuesta al estrés, etc. Esta terapia “cognitiva” se recomienda más cuando la ansiedad es el componente más problemático de la sintomatología. Por ello es fundamental explicarle los síntomas de la enfermedad, para minimizar las distorsiones de la realidad; y las terapias psicológicas individual, grupal y familiar, que requieren un tratamiento por personal especializado en dichas técnicas^(1,7,8,22,24).

En referencia a la eficacia de las intervenciones, hay discrepancia sobre las mismas, ya que ciertos estudios sugieren que proporcionar información acerca de la DPP durante el 3º trimestre de embarazo, puede reducir los síntomas de depresión leve mientras que un artículo llevado a cabo por Castillo-Torralba⁽²⁵⁾ que recoge la influencia de la intervención psicosocial y psicológica como método preventivo de la DPP, señaló que las mujeres que recibieron intervenciones psicosociales tenían la misma posibilidad de desarrollar depresión que aquellas que recibieron una atención estándar. Las intervenciones consistían en cursos prenatales, visitas domiciliarias, etc.; llegando a la conclusión que no había evidencia para realizar dicha intervención como método para la prevención de la DPP⁽¹³⁾.

La psicoeducación siempre forma parte del tratamiento y se considera la primera línea de actuación. Esta consiste en explicar a la madre y a la pareja, lo que es la DPP, los posibles factores que interviene, la frecuencia de dicha patología, y que los síntomas desaparecerán. Hay que añadir que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como único método de tratamiento, ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar este tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico^(1,7,27).

También se considera que el ejercicio físico y de relajación, lo mismo que la fototerapia, contribuyen a reducir los grados de depresión, porque ayudan a la madre a obtener una sensación de tranquilidad y bienestar físico⁽²⁴⁾.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se calcula que alcanza un 60 – 70% de respuestas favorable y se considera la segunda línea de ataque. El tratamiento farmacológico con antidepresivos se da generalmente en mujeres que presentan depresión grave o no responden a medidas no farmacológicas. La elección de un fármaco u otro estará condicionada por el antecedente de respuesta previa a un fármaco determinado y por el hecho de que coincida con la lactancia materna, que es la forma de alimentación más adecuada debido a sus características nutritivas, inmunológicas y psicológicas. Por ello, se deberá determinar el riesgo de los diversos tratamientos^(7,17,22).

Hay que tener en cuenta que todos los antidepresivos se excretan en mayor o menor medida por la leche materna. Los antidepresivos que tienen un mayor número de efectos secundarios son los tricíclicos (anticolinérgicos, cardiovasculares, neuropsiquiátricos, etc.), siendo los antidepresivos de segunda generación los mejor tolerados⁽²²⁾.

De manera específica, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, como la fluoxetina y sertralina), son los mejor tolerados, aunque pueden producir náuseas, insomnio, inquietud, somnolencia o temblor. El único ISRS que no induce valores detectables en el neonato parece ser la sertralina. La paroxetina en el primer trimestre se asocia a un aumento de todo tipo de malformaciones congénitas y malformaciones congénitas cardíacas. Los ansiolíticos (benzodiazepinas) y otros fármacos con actividad ansiolítica constituyen otra opción terapéutica a tener en cuenta en casos de ansiedad importante, acompañada de insomnio^(22,26,27).

La Food and Drug Administration no aprueba el uso de ninguna medicación psicotrópica durante el embarazo o la lactancia ya que todos los psicotrópicos atraviesan la placenta, por este

motivo sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de gestación, no obstante, las recomendaciones profesionales avalan el uso de estas drogas en mujeres con DPP durante el amamantamiento, quizás porque en la mayoría de los casos, la concentración de antidepresivos en los niños está por debajo del límite de detección y en los casos que se sospeche un efecto adverso debe plantearse la interrupción de la alimentación natural. Habitualmente, el tratamiento se mantiene en la dosis inicial durante 2 semanas y luego se aumenta gradualmente^(26,28).

Si la mujer tiene una historia previa de DPP la medicación con antidepresivos debe iniciarse rápidamente tras el parto para prevenir una posible recaída, manteniendo el tratamiento de 6 meses a un año. Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, etc.) o para la madre (autoagresión, suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Se ha recomendado el uso de antidepresivos en forma preventiva frente a un segundo embarazo en mujeres que presentaron DPP. Estas recomendaciones han sido avaladas en los resultados de un estudio que mostraron una recaída de DPP del 7% en las mujeres que recibieron tratamiento farmacológico preventivo, mientras que el porcentaje fue del 63% en aquellas que no lo recibieron⁽⁸⁾.

La bibliografía médica también refleja el uso de otros tratamientos como los estrógenos y los progestágenos. La terapia hormonal puede ser una modalidad interesante en el manejo de estos casos. Sin embargo, los estudios son aún preliminares. El uso de estrógenos mejoró el estado afectivo y mental de las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis posparto. Con el empleo de esta terapéutica se observó mejoría significativa a partir de la primera semana y un aumento de los niveles de estradiol en plasma según ciertos autores, también parece que la administración de estrógenos de forma profiláctica después del parto en mujeres de alto riesgo de desarrollar enfermedad afectiva durante el posparto reduce de forma importante el riesgo de recaídas. Sin embargo, esta es una terapia considerada como experimental y se debe reservar su uso sólo para pacientes resistentes a los antidepresivos. Tampoco hay estudios determinantes sobre la utilidad de progesterona natural. Los progestágenos sintéticos no previenen el desarrollo de la depresión posparto y tienen un efecto negativo sobre el ánimo de la madre por lo que se cuestiona claramente su uso posparto^(22,27).

De lo antes expuesto se deduce que tanto en el periodo de prevención como en el de tratamiento y resolución de la DPP, enfermería debe tener en cuenta los diagnósticos potenciales y los problemas colaborativos, respectivamente, derivados de los tratamientos. Así podemos señalar que en toda mujer embarazada debemos considerar el riesgo de depresión; la complicación

potencial DPP y las complicaciones secundarias a la medicación, así como, las relacionadas con la administración y efectos secundarios de la medicación. Paralelamente, hay que estar alertar a los cambios de actitud buscando indicios de baja autoestima, desesperanza e impotencia; Estas etiquetas diagnósticas suelen acompañar a los trastornos del estado de ánimo y de manera específica a la DPP.

5. Caso clínico

Paciente, de 28 años, casada desde hace tres años, a la espera del nacimiento de su primer hijo, sin antecedentes de enfermedad física ni problemas emocionales. Tampoco presenta antecedentes psiquiátricos. El nacimiento de su hija transcurre sin complicaciones ni problemas de salud en el recién nacido. Tras 2 días abandona el hospital con ánimo y todo va bien durante la primera semana en casa.

A partir de la segunda semana la paciente comienza a tener episodios de ansiedad y no es capaz de calmarse. Además comienza a experimentar pensamientos negativos acerca de la seguridad del bebé. A pesar de reconocer que es ridículo, no puede evitar pensar que alguien estaba intentando envenenar al bebé o entrar en la casa. Incluso, en ciertos momentos, su marido es testigo de afirmaciones por parte de su mujer referentes al alumbramiento de dos niños gemelos, en lugar de una única niña. En ocasiones la paciente experimenta periodos temporales de normalidad, mientras que otros momentos, está inquieta y preocupada con sus ideas extrañas. Durante la semana siguiente se encuentra tan mal que no puede hacerse cargo del bebé y está toda la semana metida en la cama, sintiéndose culpable de todo, no pudiendo dormir por las noches y presentando cambios repentinos de humor. Finalmente tras dos semanas desarrollando la sintomatología anteriormente descrita, su marido la lleva al ginecólogo quien inmediatamente la derivará al psiquiatra.

Posible diagnóstico clínico

La paciente presenta un cuadro de trastorno psicótico postparto. Los síntomas más destacados son por ejemplo los delirios, manifestado cuando la paciente asegura que tuvo gemelos; paranoia, cuando afirma que van a envenenar al bebé o que quieren entrar en su casa; sentimiento de culpa; la agitación; la confusión y la incapacidad de hacerse cargo del bebé y de ella misma.

En este caso, una vez confirmado el diagnóstico, la labor de enfermería debe centrarse en proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de la madre, además de facilitar oportunidades de participar en grupos de apoyo, fomentar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar

cuidados en el postparto, según corresponda, de manera que la madre se sienta apoyada en todo momento además de formar a la madre acerca de la DPP para facilitarle la confirmación de los síntomas depresivos y poder actuar de manera precoz ante algún signo de recaída. Además de facilitarle la oportunidad de participar en terapias cognitivas o la terapia interpersonal, las cuales ayudarían en gran medida a su recuperación por poseer un componente emocional y ayudar así en los problemas de las rutinas diarias. Para mitigar un poco los efectos del trastorno deberían recetarle fármacos antipsicóticos el especialista adecuado.

Valoración por patrones funcionales de M. Gordon;

Patrones alterados:

- Actividad / ejercicio:
 - Ligera inquietud psicomotriz.

- Sueño descanso:
 - Insomnio.

- Cognitivo – perceptivo:
 - Consciente.
 - Presencia de ideas delirantes y paranoia y labilidad emocional.

- Auto percepción- autoconcepto:
 - Competencia personal negativa, sentimientos de culpabilidad y inutilidad.

- Rol – relaciones:
 - Retraimiento y abandono de responsabilidades y roles de relevancia.

- Afrontamiento – tolerancia al estrés:
 - Baja responsabilidad para enfrentarse a tareas y responsabilidades.

- Problemas de colaboración;
 - Presencia de ideas delirantes y alucinaciones.

- Intervenciones principales:
 - Apoyo emocional y manejo del delirio.

Diagnósticos de enfermería asociados a la DPP

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Actividades (cuidados de enfermería)
Alteración del patrón del sueño relacionado con inquietud y pensamientos inquietantes.	El paciente dormirá un mínimo de 8 horas nocturnas y/o verbalizará buena calidad del sueño nocturno.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas. - Adecuar los elementos físicos implicado: cama, sábanas, ropa de dormir, etc. - Realización de actividades naturales de inducción al sueño; baño caliente, vaso de leche, etc.
Riesgo de violencia: autolesiones, relacionado con desesperanza o ideas autolíticas.	El paciente no se hará daño a si mismo.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la capacidad de sentimientos y emociones. - Ofertar disponibilidad continua. - Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos.
Impotencia, relacionada con sentimientos de inutilidad.	El paciente expresará sentimientos positivos hacia si mismo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a identificar aquellos aspectos de su vida sobre los que puede influir para mejorar su situación. - Aumentar el afrontamiento.
Desempeño inefectivo de rol r/c alteración de la salud mental m/p impotencia y afrontamiento inadecuado.	Superación de problemas Ejecución del rol	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de la conciencia de si mismo. - Potenciación de la autoestima.
Afrontamiento individual inefectivo, relacionado con vulnerabilidad.	El paciente recuperará la capacidad para adaptarse a los eventos de su vida y para enfrentarse a los síntomas que disminuyen su capacidad adaptativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar conjuntamente la influencia de los síntomas depresivos en la interpretación de la realidad y en la toma de decisiones. - Identificar estrategias previas al afrontamiento. - Establecer objetivos realistas.

Respecto al seguimiento, este podría ser un proceso a largo plazo ya que podría tener recaídas por lo que es conveniente que asistan a consulta para seguir la evolución.

6. Discusión

La bibliografía consultada me ha aportado la información necesaria para profundizar en el conocimiento acerca de la DPP, manifestaciones, complicaciones y actividades de enfermería para abordar dicho trastorno. La información utilizada ratifica que la detección temprana de síntomas relacionados con la DPP es la opción más factible para su diagnóstico y reducir los problemas de salud que conlleva, ya que es muchas veces subestimada y si no se atiende a tiempo, puede causar serias complicaciones. Siendo esta una de las complicaciones más comunes tras el embarazo y cabe señalar que en las investigaciones aún no queda clara su causa. Entre los autores hay unanimidad sobre que se presenta en las primeras semanas después del embarazo, meses o incluso en el primer año y de que altera la capacidad de la mujer y afecta negativamente al vínculo afectivo con el recién nacido y su pareja, destacando que los profesionales debemos estar alertas porque la depresión no es lo mismo que la melancolía que ocurre pocos días después del parto y puede durar hasta una semana tras el parto.

Los síntomas más comunes son la tristeza, cambios del estado de ánimo, irritabilidad y fatiga, entre otros, que son indicadores de problemas potenciales y que sin demora debemos atender. Hay síntomas más severos como la falta de interés por el bebé, pensamientos suicidas o incluso conductas de lastimar al bebé, que forman parte de los problemas de colaboración y que, además, requieren de tratamientos farmacológicos y psicosociales especializados. La causa de la DPP sigue siendo incierta, y la mayoría de las investigaciones señalan una etiología multifactorial. En concreto una serie de variables biológicas, psicológicas y socioculturales intervienen para producir una vulnerabilidad a la DPP, siendo las causas o factores desencadenantes variables de una mujer a otra. A pesar de que los investigadores han acusado también a los cambios hormonales drásticos que acompañan al embarazo y parto, no ha habido certeza acerca de que sea la causa desencadenante del trastorno.

Según los estudios contrastados, los predictores más fuertes de la depresión posparto son la depresión y ansiedad prenatal, historia personal y antecedentes familiares de depresión, el estrés y la falta de apoyo social. Este conocimiento sobre la DPP es importante para enfermería ya que el personal de enfermería es el encargado de valorar el estado de ánimo de la madre y su adaptación inmediatamente después al parto, mediante valoración y juicio clínico e identificar cualquier problema relacionado y en caso de sospecha de trastorno depresivo, promover que la madre rellene el cuestionario de depresión de Edimburgo en la intimidad.

La realización de este trabajo, me ha permitido profundizar e indagar más sobre este tema, que hoy en día afecta a un gran número de mujeres, y conocer la labor de enfermería sobre dicho trastorno y las medidas de apoyo y tratamiento existentes. Además de aportarme ideas sobre cómo estructurar y organizar futuros trabajos que exijan características similares. Añadir que los conocimientos de la carrera, me han facilitado la comprensión de la lectura de la bibliografía trabajada, ya que el tema de la depresión, lo hemos tratado en la carrera, pero sin profundizar en la DPP, pero a grandes rasgos la sintomatología y actuación es muy similar, por lo que me ha resultado familiar y ello me ha ayudado en el desarrollo del trabajo.

7. Conclusiones

Se puede concluir que;

- La DPP es una de las complicaciones más comunes tras el embarazo y que los profesionales de salud debemos estar alerta para actuar de forma precoz mediante el conocimiento de diversos factores de riesgo que permitirán llevar a cabo acciones que establezcan un diagnóstico y tratamiento lo antes posible.
- El personal de enfermería durante las consultas de puericultura, es uno de los encargados dentro de un equipo multidisciplinar, de proporcionar cuidados individualizados y flexibles a la madre, además de poner en marcha las estrategias de prevención de la DPP.
- Tras realizar el cribaje a la madre, según la puntuación obtenida, será el encargado de derivarla a su médico para que reciba el tratamiento oportuno, a parte del ofrecido por el personal de enfermería como puede ser intervenciones semanales de apoyo, valoraciones continuadas, ya en función de las necesidades de cada paciente.

8. Bibliografía

1. Méndez Luengo MA, Muñoz Bermejo M, Sevilla Cantero LA. Enfermería ante la depresión. Bol Enferm Aten Primaria 2008; 3(6); 1-16.
2. Martínez M, Dolz M, Alonso J, Luque I, Palacín C, Bernal M, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clín (Barc) 2006; 12(126); 445-51.
3. Dio Bleichmar. La depresión en la mujer. Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría 1991;11(39).
4. Machado Ramirez, F; García Serrano, T; Moya Rúego, N; Bernabeu Sáez, N; Cerdá Díaz, R. Publicado en Aten. Primaria 1997;20 (4); 161-66.
5. Tamires Alexandre F, Gomes A, d'ávila Siqueira D, Vierira do Nascimento K, Rosemiro Guimaraes F, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. Rev Electrónica trim de Enferm 2013; 29; 404-19.
6. Alvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. Arch Med Fam 2008; 9 (4): 133-136.
7. Vargas Mendoza JE, García Jarquín M. Depresión postparto: Presencia y manejo psicológico. Cent Regl Invest Psicología 2009; 3(1); 11-18. También disponible en: http://www.conductitlab.net/43_depresión_post_parto_presencia_manejo_psicológico.pdf
8. Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev Med General y de Familia 2000; 24: 452-56.
9. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de Depresión Postparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecológica 2010; 75 (5) ; 312-20.

10. Llavona LM., Muruaga S, Nogueiras B. Enfoque conductual de la depresión postparto. Rev Esp de Terapia del Comportamiento 1986; 4;193-220
11. Campbell SB, CohnJF, MeyersT. Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. Developmental Psychol 1995; 1;349-57.
12. DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º edición. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
13. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. NURE Inv 2012; 9 (60); 1-21.
14. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev chil Obstet Ginecología 2011;76(2); 102-12.
15. Maroto Navarro G, García Calvente M, Fernandez Parra A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. International Journal of clinical and Health Psychology 2005; 5(2);305-18.
16. López Martínez J, Urtaran Ibarzabal Z, Prieto Doménech S, Herraiz Soler Y. Depresión durante el embarazo. Enfermería Integral 2008.
17. Agnés Arbat ID. Depresión postparto. Med Clínica 2003; 121(17); 673- 5.
18. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto MP. La depresión postparto: Un estudio explorativo con una muestra de mujeres valencianas. Asociación Española de Psicología y Psicopatología. Rev de Psicopatología y Psicología Clínica 2001;6(1) ;37-48.
19. Machado Ramirez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabeu Sáez N, Cerdá Díaz R. Publicado en Atención Primaria. 1997; 20 (4); 161-6.
20. Rios Rial B, García-Noblejas Sánchez-Migallón J, Sánchez Cubas S. Depresión Postparto. Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánica). Ed. Edicomplet. S.

- A. Madrid 1999; 12-26.
21. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160;777-80.
 22. Fernández Dopico R, Hernández García JM. Depresión en la mujer, depresión Puerperal.1º Edición. Madrid: Pfizer; 2001: 61-81.
 23. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16; 187-91.
 24. Arranz Lara LC, Aguirre Rivera W, Ruiz Ornelas J, Gaviño Ambriz S, Cervantes Chávez JF, Carsi Bocanegra E, et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. *Gin Obstet México* 2008; 76(6); 341-8.
 25. Castillo-Torralba M. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto: Comentario de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 26. Clay EC, Seehusen DA. Revisión de la Depresión postparto para el médico General 2004; 97 (2); 157-161.
 27. Nonacs R, Cohen L. Postpartum Mood Disorders: Diagnosis and Treatment Guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998; 59; 34-40.
 28. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal; 2009.