



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON DEPRESIÓN POSTPARTO

Alumna: Inés Amer Doce
Tutor: José Luís Viaña Caballero
Cotutora: María José Álvarez Miguel

RESUMEN

La depresión mayor es una enfermedad que afecta a 300 millones de personas a lo largo de todo el mundo, presenta mayor incidencia en mujeres, siendo en ellas la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Cuando un episodio depresivo se produce tras el parto se denomina depresión postparto. Actualmente su prevalencia se estima en torno al 13%, debido a su magnitud es considerado un problema de salud pública. Su origen radica en el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto, pese a poder presentarse hasta 30 semanas después del mismo. La depresión postparto es un trastorno que afecta a la calidad de vida de la madre y del resto de componentes de la familia. Desde enfermería debemos abordar a estas pacientes desde un punto de vista holístico, donde poder identificar distintos factores de riesgo que propician su desarrollo y actuar sobre ellos cuando sea aún sea posible. Este trabajo consta de una revisión bibliográfica de la información disponible de la depresión postparto, así como de la elaboración de un proceso de atención de enfermería para un hipotético caso de una paciente en concreto, identificando las necesidades alteradas y desarrollando en su función dos diagnósticos de enfermería muy comúnmente afectados en esta situación (ansiedad e insomnio). Tras ello se procederá a la elaboración de un plan de cuidados para cada diagnóstico bajo la taxonomía NANDA, NOC y NIC, con intención de mejorar tanto los cuidados de enfermería como la educación para la salud que se presta a estas pacientes.

Palabras clave: Depresión Postparto, Factores de Riesgo, Plan de Cuidados, Educación para la Salud.

ÍNDICE

Introducción.....	3
Justificación.....	5
Objetivos	7
Material y método.....	8
Desarrollo del tema	10
Marco teórico	10
Etiología y factores de riesgo.....	11
Síntomatología.....	14
Vínculo materno-filial	14
Proceso de Atención de Enfermería	16
Discusión.....	22
Conclusiones.....	23
Bibliografía	24
Anexos	30
Anexo I. Escala de Zung para la ansiedad	30
Anexo II. Escala PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson ²²	16
Tabla 2. Objetivos e intervenciones, NANDA: [00095] Insomnio ²²	18
Tabla 3. Objetivos e intervenciones, NANDA: [00146] Ansiedad ²²	20
Tabla 4. Escala de Zung para la ansiedad ⁶²	30
Tabla 5. Escala PSQI ⁶³	32

GLOSARIO DE SIGLAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
DSM-V®	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DPP	Depresión Postparto
AAP	The American Academy of Pediatrics
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
TFG	Trabajo Fin de Grado
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Nursing Outcomes Classification
NIC	Nursing Interventions Classification
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
BPN	Bajo Peso al Nacer
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
DeCs	Descriptores en Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headings
RN	Recién Nacido
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria

INTRODUCCIÓN

La OMS (2017) define el trastorno depresivo como "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"¹. Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia, llegando a afectar hasta a 300 millones de personas a lo largo de todo el mundo.

El DSM-V^{® 2} formaliza una serie de criterios en cuanto al establecimiento de un episodio de depresión mayor, entre ellos se encuentran una duración como mínimo de dos semanas de un estado anímico depresivo caracterizado por la anhedonia o por la pérdida de interés. Tiene una mayor prevalencia en mujeres, siendo en ellas la primera causa de discapacidad a nivel mundial^{1,3}.

El periodo que abarcan el embarazo y el puerperio es asociado muy comúnmente a múltiples cambios en los distintos aspectos de la vida de la mujer (tanto biológicos como psicológicos), los cuales suelen conducir al desarrollo de sentimientos tales como: miedo, inseguridad, dudas, ignorancia ante la nueva situación⁴... Todo ello aunado a la exposición ante abundantes factores de riesgo puede favorecer el desarrollo de una afección de la estabilidad mental de la mujer en esta etapa. La depresión postparto es la afección que cuenta con una mayor prevalencia durante el puerperio⁵.

El DSM-V^{® 2} enmarca este trastorno dentro de la Depresión Perinatal, y la define como un trastorno depresivo mayor cuyo origen radica en el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto, pese a poder presentarse hasta 30 semanas después del mismo. La DPP es un trastorno que afectará a la calidad de vida de la madre y del resto de componentes de la familia (tanto el recién nacido como el resto de personas que la rodean)^{6,7,8}.

La prevalencia de la DPP es un tema que genera cierta controversia, muchos estudios difieren en cuanto a su porcentaje, según la OMS⁹ (2013) se estima

en torno a un 13%. Pese a las diferencias que presentan los investigadores, varios coinciden a la hora de determinar un aumento de la incidencia en mujeres con una red familiar de apoyo insuficiente o con un nivel socioeconómico bajo^{10,11,12}.

No se ha definido una causa primaria de este trastorno, en la actualidad se cuenta con diversas hipótesis en cuanto a su etiología pero ninguna es determinante, abordaremos la depresión entendiéndola desde un punto de vista biopsicosocial donde poder identificar distintos factores de riesgo que han llevado a su desarrollo. Éstos se pueden encontrar tanto en el embarazo, como en el parto o el puerperio^{13,14,15}. Pese a la gran cantidad de factores de riesgo que podemos encontrar, debemos saber que en ocasiones la DPP se desarrollará sin la aparente presencia de ninguno de ellos¹¹.

JUSTIFICACIÓN

La DPP es un trastorno con una alta prevalencia, este hecho aunado a la ignorancia por parte de los profesionales sanitarios tanto para su diagnóstico como para su intervención, constituye un gran problema de Salud Pública que continúa creciendo⁹.

Importantes organismos internacionales insisten en la relevancia de la prevención como herramienta primaria para disminuir la incidencia de esta patología, así como en el seguimiento de las pautas y directrices internacionales de intervención y diagnóstico³. La AAP (American Academy of Pediatrics)¹⁶ aconseja incluir estos protocolos en la práctica clínica pediátrica, empezando en las consultas previas al nacimiento del neonato.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)^{15,17} también manifiesta la importante prevalencia de este trastorno y remarca que afecta a una mujer de cada siete, hace hincapié en las horribles consecuencias que pueden llegar a sufrir las familias, así como insiste en la absoluta necesidad que supone ahora dedicar recursos para su tratamiento y diagnóstico.

De la misma forma el NICE (National Institute for Health and Care Excellence)¹⁸ en sus guías realiza una llamada de atención a la evaluación del estado de salud mental, tanto durante el embarazo como en el postparto, con la intención de conocer primero los niveles de ansiedad y depresión de cada paciente y después tratarle en consecuencia.

Frente a la magnitud que alcanza el problema, podemos observar que en España apenas se han adoptado intervenciones preventivas para intentar sofocar este trastorno, tampoco se dispone de bastantes datos como para realizar una adecuada vigilancia antenatal¹⁹. Existen cribados para detectar la diabetes gestacional o el síndrome de Down, sin embargo, no se adoptan las mismas medidas de vigilancia al nivel de la depresión perinatal, aún cuando como hemos visto, su incidencia es tan alta²⁰.

Tampoco se puede hablar de un seguimiento concordado a nivel nacional sobre la intervención de la DPP una vez establecida. Se destaca la importancia de que la DPP es un trastorno temporal que tiende a la cronicidad, de forma que es importante su abordaje desde un primer momento. Pese a ello, se estima que tan solo un 23% de todas las mujeres afectadas reciben asistencia psicológica²¹.

Estos hechos invitan a reflexionar sobre cómo podría mejorar la salud de las mujeres que sufran esta patología con un adecuado abordaje, o cuántos casos se podrían prevenir con una formación actualizada sobre la identificación del trastorno, sus factores de riesgo y su correcta intervención.

El personal de enfermería es especialmente relevante en ambas situaciones (prevención e intervención) ya que es quien tiene la posibilidad de pasar más tiempo con la paciente, pudiendo crear un vínculo que le permita poder conocer mejor su situación personal, identificando factores de riesgo y trabajando desde la prevención si aún fuese posible.

En este trabajo serán abordadas dos necesidades en concreto sobre un hipotético caso ya establecido de DPP, realizando un Plan de Cuidados con una taxonomía NANDA, NOC y NIC para cada una. Previamente a la elección de dichas necesidades se valorará a la paciente desde las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

OBJETIVOS

Objetivo general: Perfeccionar las intervenciones que se realizan desde enfermería a nivel psicosocial en la paciente con Depresión Postparto, intentando abordarla de manera integral.

Objetivos específicos:

- Lograr un afrontamiento eficaz del insomnio enseñando a la paciente a mejorar sus síntomas así como evitarlos.
- Educar a la paciente en el manejo de la sintomatología ansiosa.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del presente TFG se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica para recurrir a datos verídicos y lo más actualizados posible acerca de la DPP así como la intervención de la misma. Se ha recurrido a diferentes fuentes documentales: buscadores o portales (OMS, Medline, Cochrane library, Scielo, Biblioteca de la Universidad de Valladolid), libros como el DSM-V® y por último revistas científicas (Revista española de salud pública, Revista peruana de medicina experimental y salud pública, Revista cubana de enfermería, etc).

En la búsqueda de los diferentes artículos se escogieron las palabras clave a través de los DeCS y los MeSH, las principales palabras que fueron objeto de búsqueda son:

- Depresión Postparto (Postpartum Depression)
- Enfermería / Cuidados de enfermería (Nursing/ Nurse Care)
- Factores de riesgo (Risk Factors)
- Prevención (Prevention)
- Prevalencia (Prevalence)

Los criterios de inclusión utilizados son a la hora del idioma tanto castellano como inglés, a nivel de temporalidad se ha tenido que recurrir a artículos tanto actuales como más antiguos debido a la poca cantidad de publicación de los mismos a lo largo del tiempo. Se ha recurrido a todos aquellos artículos que tenían el texto completo disponible (por ser gratuito o poder acceder al mismo).

De 309 artículos preseleccionados al principio, fueron finalmente escogidos para trabajar 65, atendiendo a su título y resumen, además se desestimaron aquellos artículos a los que no se tenía acceso al texto completo así como aquellos artículos duplicados. Tras ello se llevó a cabo una revisión crítica de los artículos con su consecuente lectura completa, sirviéndonos finalmente de determinados estudios como los llevados a cabo por ejemplo por Urdaneta et al.²³, Putnam et al.¹⁰ o Fritsch et al.²⁴.

Por otro lado, este trabajo también presenta la realización de un Proceso de Atención de Enfermería, cuyo principal objetivo es la aplicación de un método científico en relación con los cuidados que se ofrecen desde esta profesión. El PAE que se desarrolla corresponde a un caso hipotético de una paciente que ha parido por parto eutócico hace 14 días, cuyo RN tuvo BPN y prematuridad, ingresado por ello en la UCIN.

El primer paso del PAE es la valoración de esta paciente, con una entrevista en la que nos sea posible conocer el estado de salud general e identificar las necesidades que no tiene cubiertas (según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson). Se observan signos que son indicadores de ansiedad y de alteración del sueño, por lo que se decide abordar estos temas con la paciente pidiéndole su colaboración para completar dos escalas (ver anexos 1 y 2): una para medir la ansiedad (Escala de ansiedad de Zung) y otra para determinar el nivel de insomnio (escala PSQI).

Además de la escala de insomnio, para contrastar los datos obtenidos en la misma, se realiza una entrevista personal para abordar únicamente este tema, preguntando por patrones de sueño adquiridos, ya que se tendrá como referencia el ciclo circadiano para valorar su ciclo de sueño-vigilia. Tras esta primera valoración se definirán los problemas reales y/o potenciales de esta paciente, que correspondería a la segunda fase del PAE, enunciar los diagnósticos de enfermería.

A continuación se procede a desarrollar un plan de cuidados (etapa de planificación) a través de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, comenzando con los diferentes diagnósticos de enfermería (NANDA) recogidos a través de la valoración. Tras ello se determinarán las intervenciones específicas (NIC) en función de los objetivos (NOC) que nos planteamos mejorar atendiendo a dos diagnósticos específicos de la paciente, el de insomnio y el de ansiedad. Para la realización de este plan de cuidados se ha recurrido al soporte electrónico NNNConsult²². Los últimos pasos del PAE corresponderían a la ejecución del plan de cuidados y evaluación.

DESARROLLO DEL TEMA

MARCO TEÓRICO

El embarazo y el puerperio constituyen para la mujer un periodo de múltiples cambios en todos los aspectos de su vida. Como consecuencia muchas veces se desarrollan sentimientos como el miedo, inseguridad, dudas...⁴ Esta situación en conjunción con determinados factores de riesgo puede suponer el desarrollo de una afección de salud mental en esta etapa de la mujer.

Las vivencias del embarazo, del parto y de la etapa puerperal son individuales, es decir, son momentos determinantes que cada mujer afrontará de la forma en que sea capaz, mediante las herramientas que haya adquirido a lo largo de su experiencia vital. En este proceso mediarán los factores personales así como los patrones culturales de su sociedad, asumiendo de esta forma cada una un concepto de maternidad propio²⁵.

A raíz de lo recién mencionado muchas veces las mujeres se convierten en víctimas de su propia autoexigencia, buscando la perfección en las acciones que desarrollarán como madres, atendiendo a la construcción social del "ideal de madre"²⁶, así como pretendiendo demostrar su autosuficiencia y competencia en las actividades que desarrollen. Estas actitudes pueden influir negativamente en su bienestar si la presión les sobrepasa en algún momento o si su gestión de la misma no es adecuada.

Debido a estos factores tanto el embarazo como el puerperio son etapas en las que las mujeres son susceptibles de sufrir una afección en su estabilidad emocional. A continuación se describirán los tres estados que mayor prevalencia tienen en estos períodos.

Se conoce como **Baby Blues o disforia postparto** al estado anímico materno que afecta aproximadamente al 60-85% de madres, en el que tras el nacimiento del bebé, sobresale cierta sintomatología depresiva como apatía, irritabilidad, tristeza, labilidad emocional, ansiedad, etc. Esta situación deriva de

cambios hormonales (disminución brusca de progesterona tras el parto), sociales o de índole psicológica^{6,27}.

Los signos de esta afección suelen surgir entre 48 horas y cuatro días posteriores al parto, desapareciendo por sí solos entre tres y cuatro semanas después, sin necesidad de requerir atención especializada²⁸. Sin embargo, esta sintomatología no refleja un cuadro psicopatológico sino una afección relacionada con el estrés y el sistema adaptativo de la mujer a su nueva situación, que no incide en su capacidad o habilidades para atender al recién nacido²⁹.

La **psicosis postparto** tiene una prevalencia de un 0.2%. Este tipo de afección muestra determinada sintomatología previa que nos puede alertar como por ejemplo incapacidad de conciliar el sueño, irritabilidad, irresponsabilidad con respecto al recién nacido o inquietud^{30,31}. Sus consecuencias pueden ser la construcción de un delirio, hostilidad o alucinaciones².

La **depresión postparto** es definida como un trastorno depresivo mayor cuyo inicio se sitúa en el embarazo o en las cuatro primeras semanas postparto, pese a que este periodo se podría alargar hasta las 30 semanas tras el nacimiento del RN². La mayoría de las madres que experimentan depresión postparto han sufrido previamente tristeza materna grave, por lo que ésta es considerada como un factor potencial de desarrollo posterior de depresión postparto^{9,32}.

Presenta una prevalencia que se estima en torno al 13% según la OSM⁹, sin embargo otras fuentes varían el porcentaje internacional entre un 6 y un 38%, pudiéndose llegar a duplicar estos valores en países en vías de desarrollo^{33,34}.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Las causas de este trastorno aún no han sido esclarecidas, contando en la actualidad con diversas hipótesis (hormonales, psicosociales, biológicas, genéticas..). Pese al obvio recorrido fisiológico encontrado tras el parto, las

variables biológicas como único origen de esta afección no se han podido evidenciar de forma certera³⁵.

Muchos autores han dado a conocer su punto de vista entendiendo al individuo de forma holística, por ejemplo Blöschl³⁶ determina el origen de los trastornos depresivos como "el producto de alteraciones en las relaciones de apego temprano, favorecidas por predisponentes biológicos y la estructura de personalidad". En la actualidad la DPP se aborda como un trastorno multicausal, que surge como consecuencia de la confluencia de distintos factores de riesgo que clasificaremos y analizaremos a continuación.

Factores de riesgo sociodemográficos

Distintos autores confluyen en que un nivel económico bajo, así como educativo, son factores de riesgo para desarrollar este trastorno^{23,37}. Según un estudio llevado a cabo por Urdaneta et al.²³ el riesgo para desarrollar DPP en mujeres con un nivel educativo más bajo se multiplica hasta siete veces. Otro estudio realizado por Bruist et al.³⁸ determina que estos dos factores de riesgo se asocian a una mayor prevalencia de DPP. De la misma forma otros investigadores afirman que el embarazo en la etapa adolescente es también un factor de riesgo^{39,40,41}.

Factores de riesgo psicosociales

Dentro de este marco destacaremos la percepción de bajo apoyo social y/o familiar⁴², estos dos factores dan lugar a altos niveles de estrés así como en muchos casos la incapacidad de afrontarlo. También se destacan el abuso de sustancias, la violencia intrafamiliar, y un embarazo no deseado y/o no planificado^{43,44,45}.

Factores de riesgo psiquiátricos

Atendiendo a estos factores de riesgo sobresalen dos: el primero la existencia de depresión durante el curso del embarazo o de anteriores episodios de tristeza materna grave, y el segundo el padecimiento de otro tipo de antecedentes psiquiátricos^{10,23}.

Según un estudio realizado por Putnam et al.¹⁰ la presencia episodios depresivos en el embarazo traería en consecuencia un riesgo mayor de aparición de complicaciones de índole obstétrica en el puerperio y DPP. También otros autores refuerzan esta idea, Faisal-Cury et al.⁴⁶ y Urdaneta et al.²³ realizaron distintos estudios en los que concluyeron que cerca de un 50% de las mujeres que habían recibido un diagnóstico de DPP reflejaron haber sufrido periodos depresivos durante el embarazo.

Factores de riesgo de morbilidad

Dentro de este gran grupo de factores de riesgo se encuentran la comorbilidad con otras patologías (preeclampsia, diabetes gestacional, abuso de sustancias...⁴⁷), la defunción del RN con el consecuente duelo puerperal, los problemas propios que manifieste el RN, un parto por cesárea en lugar de por vía vaginal, así como un parto traumático (cesárea o eutócico), o las adversidades que puedan derivar de la lactancia materna si la hubiera^{10,23,39}.

La cesárea es una operación quirúrgica que conlleva una afectación a la autoimagen, ésta no pasará desapercibida ante la estabilidad psíquica de la madre, además su atención durante el puerperio habrá de ser mayor que en las mujeres que sufran un parto vaginal ya que poseerán menor movilidad y tendrán que recibir un mayor número de cuidados⁴⁸.

Por otro lado con respecto a los problemas relacionados con el RN, un estudio llevado a cabo por Urdaneta et al.²³ demostró dos hechos: el primero fue la relación entre madres con RN que precisaron de un ingreso en una planta hospitalaria (por la razón que fuere: bajo peso, prematuridad...) con un aumento del riesgo de sufrir DPP, el segundo fue la vinculación entre la cesárea y este trastorno, llegando incluso a triplicarse el riesgo en partos que no fueron eutócicos.

SÍNTOMATOLOGÍA

La sintomatología de la DPP se compone de la perteneciente a cualquier episodio de depresión mayor, aunque en este caso puede seguirse de ideas obsesivas para con el estado de bienestar del RN²⁷.

Las madres que sufren esta afección suelen presentar de manera generalizada una característica irritabilidad ante las llamadas de atención del RN en forma de llanto, problemas con la lactancia materna (si la hubiera), un estado constante de extenuación física así como incapacidad para concentrarse a la hora de realizar una tarea^{37,49,50}. Todo lo mencionado anteriormente puede llevar a estas mujeres a una situación en la que no son capaces de realizar sus ABVD⁵¹.

Se debe tener en cuenta que hay determinados síntomas como la disminución de la libido, el insomnio o la inapetencia, que son considerados propios de la etapa puerperal, por ello muchas veces esta afección es subdiagnosticada^{15,52}.

Toda esta sintomatología mencionada puede conducir a las madres a sentir miedo ante la responsabilidad que han de asumir, incapacidad para afrontar dicha responsabilidad, culpa por no estar siendo "la madre modelo"²⁶ anteriormente mencionada e incluso sentimientos de discapacidad^{8,53}.

Si bien es cierto que esta no es toda la sintomatología de la DPP, como todo episodio depresivo mayor a raíz de las ideas negativas anteriormente mencionadas, puede derivar en el propio suicidio de la madre, o incluso en el infanticidio del RN^{10,50,53}.

VÍNCULO MATERNO-FILIAL

La depresión postparto es una patología que afecta no sólo a la madre, sino también al RN, en éste podrán repercutir una serie de consecuencias adversas a lo largo de su crecimiento³³. En un estudio, Fritsch et al.²⁴ observaron que un 49.8% de los hijos con madres que padecen DPP presentan dificultades en

diferentes ámbitos del desarrollo frente a una prevalencia de un 15% de la población general.

Cooper y Murray³⁵ afirman que el tiempo de duración del episodio de DPP afectará de manera directamente proporcional al vínculo entre el RN y la madre, determinando un efecto negativo a medida que el bebé se vaya desarrollando tanto cognitiva como emocionalmente. Este dato también es avalado en un estudio realizado por Milgrom et al.⁵⁴.

De la misma forma, Cooper y Murray³⁵ describen que estos RN podrán establecer de manera notoriamente mayor una relación de "apego ansioso" que los hijos de madres no deprimidas, así como presentar una mayor prevalencia en "trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil". Este último dato se ve contrastado otra vez más adelante por Constanza M. y Saldivia S.⁵.

A nivel del vínculo diádico establecido entre la madre y el RN podemos observar una serie de problemas en las madres para interpretar de manera correcta determinadas señales infantiles que pueden repercutir de manera negativa en el poder comunicativo del bebé o del niño, esta situación deriva en un círculo vicioso que va degenerando aún más la interacción entre estos dos miembros familiares⁵⁵. Diversos estudios han determinado mayores frecuencias del llanto, de afectos negativos y de la huída del contacto visual por parte de los niños⁵⁶.

Un grupo de investigadores indagaron acerca de cómo los niños perciben la depresión de sus madres, dilucidaron que cada uno gestiona y entiende de una manera única esta situación, por ello cada uno determinará su propia respuesta y capacidad adaptativa⁵⁷. Esta respuesta a su vez vendrá determinada por otros parámetros como el propio vínculo diádico antes comentado, e incluso la calidad de la tríada integrada por su padre, su madre y él⁵⁸.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

En este apartado se desarrollará un proceso de atención de enfermería de un hipotético caso de una paciente que ha parido por parto eutócico hace 14 días, con un niño de BPN y prematuridad ingresado en la UCIN. Se realizará una **valoración enfermera** inicial de la paciente según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson²², determinando también los diagnósticos (NANDA) resultantes de su estado general de salud.

Tabla 1. Valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson²².

Necesidad 1: Respirar normalmente	Sin alteración
Necesidad 2: Comer y beber	[00102] Déficit de autocuidado: alimentación [00104] Lactancia materna ineficaz
Necesidad 3: Eliminación	[00011] Estreñimiento.
Necesidad 4: Movilización	Sin alteración
Necesidad 5: Reposo / Sueño	[00095] Insomnio [00198] Trastorno del patrón del sueño [00214] Disconfort
Necesidad 6: Vestirse	Sin alteración
Necesidad 7: Temperatura	Sin alteración
Necesidad 8: Higiene / Piel	Sin alteración

<p>Necesidad 9: Evitar peligros / Seguridad</p>	<p>[00060] Interrupción de los procesos familiares [00078] Gestión ineficaz de la salud [00145] Riesgo de síndrome postraumático [00146] Ansiedad [00148] Temor [00150] Riesgo de suicidio [00177] Estrés por sobrecarga [00193] Descuido personal [00224] Riesgo de baja autoestima crónica [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo</p>
<p>Necesidad 10: Comunicación</p>	<p>[00052] Deterioro de la interacción social [00063] Procesos familiares disfuncionales [00069] Afrontamiento ineficaz [00221] Proceso de la maternidad ineficaz</p>
<p>Necesidad 11: Creencias / Valores</p>	<p>[00066] Sufrimiento espiritual [00124] Desesperanza [00175] Sufrimiento moral [00242] Deterioro de la toma de decisiones independiente</p>
<p>Necesidad 12: Trabajar / Realizarse</p>	<p>[00055] Desempeño ineficaz del rol [00056] Deterioro parental [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud [00120] Baja autoestima situacional [00199] Planificación ineficaz de las actividades [00210] Deterioro de la resiliencia</p>
<p>Necesidad 13: Recrearse</p>	<p>[00097] Déficit de actividades recreativas</p>
<p>Necesidad 14: Aprender</p>	<p>[00126] Conocimientos deficientes</p>

A continuación se elegirán dos de los diagnósticos de enfermería correspondientes a las alteraciones recién identificadas con el fin de desarrollar un plan de cuidados especificando los objetivos que queremos conseguir así como las intervenciones necesarias para lograrlos. **Diagnósticos de enfermería (NANDA)** escogidos:

- [00095] Insomnio
- [00146] Ansiedad

[00095] Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento²².

Dominio: 4 Actividad / Reposo

Clase: 1 Sueño / Reposo

Necesidad: 5 Reposo / Sueño

Patrón: 5 Sueño - reposo

Características definitorias: alteración en la concentración, cambios en el patrón de sueño, cambios en la emotividad, dificultad para conciliar el sueño, disminución de la calidad de vida, energía insuficiente, patrón de sueño no reparador²².

Factores relacionados: ansiedad, cambio hormonal, depresión, factores estresantes, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad, malestar físico y temor²².

Tabla 2. Objetivos e intervenciones, NANDA: [00095] Insomnio²².

NOC	NIC
[0004] Sueño	[5330] Control del estado de ánimo
[2002] Bienestar personal	[1850] Mejorar el sueño
[1204] Equilibrio emocional	[6482] Manejo ambiental: confort
[1604] Participación en actividades de ocio	[180] Manejo de la energía
[2009] Estado de comodidad: entorno	[5380] Potenciación de la seguridad
	[6040] Terapia de relajación

[2904] Desempeño del rol de padres del lactante	[5820] Disminución de la ansiedad
[1211] Nivel de ansiedad	[5960] Facilitar la meditación
[1212] Nivel de estrés	[200] Fomento del ejercicio
[1210] Nivel de miedo	[1100] Manejo de la nutrición
[1213] Nivel de miedo: infantil	[5230] Mejorar el afrontamiento
[1633] Participación en el ejercicio	[4400] Musicoterapia
[1304] Resolución de la aflicción	[1460] Relajación muscular progresiva

Consideramos el manejo de la energía a través del fomento del ejercicio físico como uno de los pilares para poder hacer frente a este diagnóstico, por ello educaremos a la paciente para que pueda conocer cómo influye en su estado general (tanto físico como psíquico), así como conseguir que sea independiente a la hora de realizar una sesión de ejercicio saludable. El ACOG recomendó hacer unos 30 minutos de ejercicio al día en ausencia de complicaciones obstétricas¹⁷.

De la misma forma, le enseñaremos tanto musicoterapia como relajación muscular progresiva con el fin de que ella pueda aplicarlo en casa diariamente, ayudándole a relajarse y establecer una rutina en la que le sea beneficiosa no sólo a la hora de dormir, sino también para controlar su estado de ansiedad, que incide en su caso de manera directamente proporcional con la incapacidad para conciliar el sueño.

[00146] Ansiedad

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza²².

Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Necesidad: 9 Evitar peligros / seguridad

Patrón: 7 Auto percepción - autoconcepto

Características definitorias: angustia, aprensión, arrepentimiento, aumento de la desconfianza, incertidumbre, irritabilidad, nerviosismo, sentimiento de insuficiencia, sufrimiento, temor, alteración de la atención y de la concentración, confusión, disminución de la habilidad para resolver problemas, contacto visual escaso, disminución de la productividad, impaciencia, insomnio, cambios en el patrón del sueño, fatiga²².

Factores relacionados: amenaza al estatus habitual, conflicto de valores o entre los objetivos vitales, crisis situacional, factores estresantes, grandes cambios, necesidades no satisfechas²².

Tabla 3. Objetivos e intervenciones, NANDA: [00146] Ansiedad²².

NOC	NIC
[1302] Afrontamiento de problemas	[5820] Disminución de la ansiedad
[1402] Autocontrol de la ansiedad	[5230] Mejorar el afrontamiento
[0007] Nivel de fatiga	[5380] Potenciación de la seguridad
[1300] Aceptación: estado de salud	[5880] Técnica de relajación
[1405] Autocontrol de los impulsos	[5270] Apoyo emocional
[1205] Autoestima	[8180] Consulta por teléfono
[2002] Bienestar personal	[5606] Enseñanza individual
[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[7560] Facilitar las visitas
[2012] Estado de comodidad: sociocultural	[200] Fomento del ejercicio
[1500] Lazos afectivos padres-hijo	[5430] Grupo de apoyo
[0906] Toma de decisiones	[6000] Imaginación simple dirigida
	[4400] Musicoterapia
	[1460] Relajación muscular progresiva

Lo que consideramos más importante en este conjunto de intervenciones es el hecho de que la paciente no se sienta sola, sino que piense en nosotras ante

cualquier duda y se atreva a poder contactar sin problema para que esta sea resuelta aunque sea a través de una llamada telefónica.

Con el fin de que mejore su autoestima, deberemos brindarle un apoyo emocional claro, sin que se sienta juzgada por sus sentimientos u opiniones, ya que en ese caso su vínculo con nosotras será de peor calidad, no se atreverá a acudir cuando lo necesite, por lo que no podremos ofrecerle demasiada ayuda. También recomendaremos grupos de apoyo, para que la paciente tome conciencia de que hay muchas más mujeres en su situación y que realmente se pueden afrontar estas situaciones.

De hecho ya han sido reportados anteriormente mejores niveles de confianza con el personal de enfermería cuanto mayor fue el seguimiento, tanto con llamadas telefónicas como con grupos de apoyo con otras mujeres en su situación o consultas secuenciadas programadas para realizar educación para la salud⁵⁹.

Las profesionales de enfermería deben tener en cuenta a la hora de tratar con una mujer embarazada o puérpera que éstas tienen un significado propio con respecto a los cuidados de la díada, aportados en gran parte por determinantes culturales⁶⁰. Desde esta profesión se deben determinar los factores de riesgo de cada paciente y actuar sobre ellos cuando sea posible^{9,32} así como derribar los diferentes tabúes que cada persona pueda tener acerca del tema y desmitificar otras percepciones como la lactancia materna o el proceso de adaptación al RN.

Es importante remarcar además el desconocimiento que muchas mujeres tienen acerca de sus autocuidados durante el puerperio así como los del neonato, por ello es necesario que enseñemos a estas madres, como educadoras de la salud que somos, a ser independientes tanto en sus propios cuidados como en los del RN. Según algunos autores la educación es el principal pilar de la promoción de la salud, así como el medio idóneo para la toma de conciencia sobre distintos aspectos vitales⁶¹.

DISCUSIÓN

La depresión postparto es una afección que crea una situación difícil tanto a nivel personal de la madre que lo padezca como a nivel familiar, afectando al vínculo materno-filial así como al resto de procesos familiares. El proceso de atención de enfermería pretende garantizar la unificación de los cuidados, y que su ámbito de aplicación sea físico, social, espiritual...

Tomando como referencia mi experiencia en las prácticas universitarias del grado he podido observar cómo muchas de las necesidades de las madres (tanto a nivel antenatal como postnatal) no son resueltas, ni siquiera identificadas por el personal sanitario, ya sea en atención especializada o en atención primaria. Muchas veces esto sucede por falta de tiempo durante el turno de trabajo o simplemente porque las guías preventivas que se utilizan hasta el momento no son suficientemente válidas.

Por otro lado la información encontrada sobre este tema ha sido escasa, teniendo que recurrir en algunos casos a artículos de hace más de diez años, hecho que demuestra la necesidad de investigación así como de establecer nuevas líneas de abordaje de esta afección.

En este TFG se pretende colaborar a la resolución de este problema desde el ámbito de la intervención, proponiendo un modelo de actuación ante dos necesidades muy comúnmente afectadas por madres que atraviesan este padecimiento psíquico. Con él se pretende unificar sus cuidados emocionales intentando mejorar su propia relación espiritual y la tríada que forma con el RN y su pareja.

CONCLUSIONES

El hecho de conocer las posibles causas que tiene la DPP así como cuáles son los factores de riesgo predisponentes para su desarrollo es determinante para poder abordar a la paciente de manera holística. Gracias al conocimiento de esta información podemos afirmar que cada mujer habrá de atravesar un proceso de adaptación distinto tras el parto, desde el cual enfermería debe partir con ella, acompañándole y enseñándole siempre que sea posible.

Por otro lado la educación para la salud impartida a lo largo del proceso ha resultado ser determinante para la resolución de los dos diagnósticos seleccionados para el desarrollo del plan de cuidados. Gracias a ella la paciente toma conciencia de las posibles causas del insomnio y la ansiedad así como de las herramientas de las que dispone para controlarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2007 [actualizado feb 2017; citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V®. 5ª ed. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 18 mar 2019];315(4):388-406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813212>
4. Bohórquez O, Santana A, Pérez L, Munéver Y. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Av Enferm* [Internet]. 2009 [citado 18 mar 2019];27(2):139-149. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12976>
5. Constanza Mendoza B, Saldivia S. Actualización en Depresión Postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* [Internet]. 2015 [citado 19 mar 2019];143:887-894. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010
6. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. *NURE Inv* [Internet]. 2012 [citado 19 mar 2019];9(60). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594>
7. Organización Mundial de la Salud. Pensamiento saludable: Manual para la Atención Psicosocial de la Depresión Perinatal. Washington DC: OMS; 2016.
8. Marcela Peña D, Manuel Calvo J. Aspectos Clínicos de la Depresión Postparto. Parra Pineda MO, Angel Müller E. *Obstetricia Integral siglo XXI tomo II*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010. P. 419-429.
9. Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [actualizado may 2017; citado 19 mar 2019]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es
10. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bersink V, Munk-Olsen T, et al. Heterogeneity of Postpartum Depression: a latent class analysis. *Lancet* [Internet]. 2015 [citado 21 mar 2019];2(1):59-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800818/>
11. Almanza-Muñoz JJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex* [Internet]. 2011 [citado 21 mar 2019];65:78-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm113b.pdf>
12. Vargas-Mendoza JE, García-Jarquín M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. *Centr Regi Inves Psicol*. 2009;3(1):11-18.

13. Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. PRH [Internet]. 2013 [citado 25 mar 2019];27(3):185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
14. Camila de Campos B, Piazzentin Rolim Rodrigues OM. Depresión Postparto: creencias y prácticas de cuidado de la madre. Psico. 2015;46(4):483-492.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol. 2015;125:1268-1271.
16. Earls, M. y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family. Depression into pediatric practice incorporating recognition and management of perinatal and postpartum. AAP [Internet]. 2015 [citado 22 mar 2019];126(1):1033–1039. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/143/1/e20183259>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Postpartum depression. Patient Education Pamphlet [Internet]. Washington DC: ACOG; 2013 [citado 25 mar 2019]. Disponible en: <https://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression?IsMobileSet=false>
18. Mark M, Michelle G, Rachel NJ, Esther C, Jenny M. Antenatal and Postpartum Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. [Internet]. NICE; 2015 [actualizado 2019, citado 26 mar 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
19. Ayerza, A. y Herraiz, N. Indicadores de salud perinatal. Diferencias de la información registrada por el INE y la de los hospitales que atienden los nacimientos. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 26 mar 2019];89:1–4. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272015000100001&script=sci_arttext&tlng=en
20. Bennett S, Indman P. Más allá de la melancolía: Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto. San Francisco: Untreed Reads Publishing; 2016 .
21. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: implications for child mentalhealth. MHFM Journal [Internet]. 2010 [citado 3 abr 2019];7(1):239–247. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083253/>
22. Herdman TH. NNNConsult. [Internet]. 2014 [acceso 3 abr 2019]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es>
23. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión postparto en puérparas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 3 abr 2019];76(2):102-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007
24. Fritsch R, Montt ME, Solís J, Pilowsky D, Rojas MG. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes de Atención Primaria? Rev Med Chile [Internet]. 2007 [citado 3 abr 2019];135:602-612. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500008

25. Laza C, Puerto Marcela. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Revista Cuba Enferm* [Internet]. 2011 [citado 3 abr 2019];27(1):88-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100010
26. Benjamin J. Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Buenos Aires: Paidós; 1996.
27. Irma RM, Natalia D, Francesca B, Miriam G. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2014 [citado 6 abr 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
28. Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med Gral* [Internet]. 2000 [citado 6 abr 2019];24:6-53. Disponible en: <http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
29. Gold LH. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. *Prim Care* [Internet]. 2002 [citado 6 abr 2019];29:27-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856657>
30. Altshuler L, Hendrick V, Cohen L. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1998 [citado 6 abr 2019];59:29-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9559757>
31. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders. *Prim Psychiatry* [Internet]. 1998 [citado 7 abr 2019];5:51-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539865/>
32. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2008 [citado 7 abr 2019];12(3):1-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203120335006.pdf>
33. Field T. Prenatal depression effects on development. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2011 [citado 7 abr 2019];34(1):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970195>
34. Fortner R, Pekow P, Dole, N, Markenson G, Chasen-Taber L. Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Matern Child Health J* [Internet]. 2011 [citado 9 abr 2019];15(8):1287-1295. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824317>
35. Cooper PJ, Murray L. Fortnightly review: Postnatal depression. *BMJ* [Internet]. 1998 [citado 9 abr 2019];2:1-151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113362/>
36. Blöschl, L. Depressive Störungen. Deutsch: Lehrbuch Klinische Psychologie; 1998.

37. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Hindawi* [Internet]. 2016 [9 abr 2019]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2016/4765310/>
38. Bruist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JLC, Gemmill AW, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the Beyondblue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado 10 abr 2019];42(1):66-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18058446>
39. Molero KL, Urdaneta JR, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión postparto en puérparas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 [citado 10 abr 2019];79(4):294-304. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008
faltan numreo pagina etc
40. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2007 [citado 10 abr 2019];10(3):103-109. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510776>
41. Cogollo Z, Romero Y, Morales M; Vanegas J, López V, Guazo D. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el postparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 2015 [citado 10 abr 2019];31(2):234-244. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000200005&script=sci_abstract&lng=en
42. Senturk, V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 10 abr 2019];11:1-10. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-48>
43. Escribe-Aguir V, Gonzalez-Galarzo M, Barona-Vilar C, Artazcoz L. Factors related to depression during pregnancy: Are these gender differences? *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2008 [citado 10 abr 2019];62(5):410-414. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18413453>
44. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladesh women: a community-based study. *Arch Women Ment Hlth* [Internet]. 2009 [citado 10 abr 2019];12(5):351-358. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19468825>
45. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006 [citado 10 abr 2019];35(4):491-498. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x>
46. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *RBP Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 10 abr 2019];34(4):446-450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23429816>

47. Ugarte A, López-Peña P, Serrulla C, Fornegaray JG, Arrieta MA, Zalbalza Compains MT, et al. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 10 abr 2019];17(13):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237273/>
48. O' Hara MW, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 1996 [citado 10 abr 2019];8:37-54. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540269609037816>
49. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Neill Epperson C. Management of Postpartum Depression. *JMWH* [Internet]. 2013 [citado 17 abr 2019];58(6):643-653. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24131708>
50. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2010 [citado 17 abr 2019];48(4):269-278. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
51. Bustos RS, Jiménez PN. Factores de riesgo asociados a la Depresión Postparto en mujeres que asisten a centros de Atención Primaria en la ciudad de Arica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2013 [citado 17 abr 2019];30(1):38-49. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835215?lang=es>
52. Olhaberry HM, Romero JM, Miranda LA. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA Psicológica UST* [Internet]. 2015 [citado 17 abr 2019];12(1):77-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
53. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de la depresión postparto en primigestas y múltiparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chile Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [citado 17 abr 2019]; 75(5):312-32. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007
54. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* [Internet]. 2008 [citado 17 abr 2019];108(1):147-157. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2008-04084-014>
55. Cohn J, Matias R, Tronick E, Connell D, Lyons-Ruth K. Face to face interaction of depressed mother and their infants. *New Dir Child Adolesc Dev* [Internet]. 1986 [citado 17 abr 2019];34:31-45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cd.23219863405>
56. Boyd R, Zayas L, Mc Kee M. Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Matern Child Health J* [Internet]. 2006 [citado 17 abr 2019];10(2):139-148. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/16397831>
57. Goodman S, Tully E, Connell A, Hartman C, Huh M. Measuring Children's Perceptions of Their Mother's Depression: The Children's Perceptions of Other's Depression. Scale-

- Mother Version. *Am Psychol* [Internet]. 2011 [citado 17 abr 2019];25(2):163-173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21480696>
58. Fivaz-Depeursinge E, Favez N. Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted Cases. *Fam Process* [Internet]. 2006 [citado 17 abr 2019];45(1):3-18. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.2006.00077.x>
59. Ponce M. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Prof* [Internet]. 2005 [citado 27 abr 2019];6(3):14-19. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol6n3pag14-19.pdf>
60. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2006 [citado 27 abr 2019];23(1):22-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100004
61. Mercer R, Walker L. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Whon the association of women's health. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006 [citado 27 abr 2019];35(5):68-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958712>
62. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders [Internet]. *Psychosomatics*; 1971 [citado 27 abr 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318271714790?via%3Dihub>
63. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria* [Internet]. Comunidad de Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009 [citado 27 abr 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf

ANEXOS

ANEXO I. ESCALA DE ZUNG PARA LA ANSIEDAD

Tabla 4. Escala de Zung para la ansiedad⁶².

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso				
2. Se ha sentido temeroso sin razón				
3. Se ha irritado fácilmente y ha sentido pánico				
4. Ha sentido que se está derrumbando				
5. Ha sentido que nada malo va a pasar / que todo va bien				
6. Se ha sentido tembloroso				
7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto				
10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia últimamente				
11. Se ha sentido últimamente mareado				
12. Se ha desmayado o ha tenido síntomas de desmayo				
13. Ha podido respirar con facilidad				
14. Ha sentido hormigueo / falta de sensibilidad en los dedos				
15. Ha sentido náuseas y malestar				

en el estómago				
16. Ha orinado con mayor frecuencia de la normal				
17. Ha sentido sus manos secas y calientes				
18. Se ha ruborizado con frecuencia				
19. Ha dormido bien y descansado toda la noche				
20. Ha tenido pesadillas				

ANEXO II. ESCALA PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh

Tabla 5. Escala PSQI⁶³.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

Hora habitual de acostarse: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

Número de minutos para conciliar el sueño: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

Hora habitual de levantarse: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)

Horas de sueño por noche: _____

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(c) tener que ir al baño:

- No me ha ocurrido durante el último mes
-

-
- Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

(d) no poder respirar adecuadamente:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(e) tos o ronquidos:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(f) sensación de frío:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(g) sensación de calor:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(h) pesadillas :

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(i) sentir dolor:

- No me ha ocurrido durante el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
-

-
- Tres o más veces a la semana

(j) otra causa(s), describir:

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

- No ha resultado problemático en absoluto
-

-
- Sólo ligeramente problemático
 - Moderadamente problemático
 - Muy problemático

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
- Si tengo pero duerme en otra habitación
- Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
- Si tengo y duerme en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo:

- No me ha ocurrido durante el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana