



Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA DE SALUD PARA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN
POSTPARTO

Autora: Silvia Casaús Cuartero

Directora: Ana Belén Subirón Valera

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------|---------------|
| 1. RESUMEN | - 3 - |
| 2. INTRODUCCIÓN | - 5 - |
| 3. OBJETIVOS..... | - 8 - |
| 4. METODOLOGÍA | - 8 - |
| 5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD | - 10 - |
| 5.1 DIAGNÓSTICO..... | - 10 - |
| 5.2 PLANIFICACIÓN..... | - 11 - |
| 5.2.1 OBJETIVOS..... | - 11 - |
| 5.2.2 POBLACIÓN | - 11 - |
| 5.2.3 RECURSOS | - 12 - |
| 5.2.4 ESTRATEGIAS..... | - 13 - |
| 5.2.5 ACTIVIDADES..... | - 14 - |
| 5.2.6 CRONOGRAMA | - 15 - |
| 5.3. EJECUCIÓN | - 16 - |
| 5.4. EVALUACIÓN..... | - 19 - |
| 6. CONCLUSIONES..... | - 20 - |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | - 21 - |
| 8. ANEXOS | - 26 - |

1. RESUMEN

Introducción: La depresión postparto es una de las patologías más comunes en el ámbito de la Atención Primaria, identificándose cada vez un mayor número de alteraciones de este tipo y siendo considerada una enfermedad infratratada. Asimismo, la tristeza o disforia postparto se da en un alto porcentaje de las madres, entre el 50 y 70%, confundiendo en ocasiones dichos trastornos.

Objetivo: El propósito principal de este trabajo es crear un programa de salud dirigido al cuidado de las madres con TPP y la prevención de su evolución a depresión postparto, mejorando el vínculo madre-hijo.

Metodología: Revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 5 años en bases científicas de índole médico y sanitario. La búsqueda se centró en Medline, Scielo, ScienceDirect, Cuiden y Dialnet.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería tienen la necesidad de formarse y proporcionar información tanto a las gestantes como a las puérperas debido a la alta prevalencia de trastornos puerperales. Deben implicarse en la detección de la TPP e intervenir sobre las puérperas que la padecen, aumentando así la salud materna, materno-infantil y previniendo la progresión a trastornos más graves.

Palabras clave: Depresión postparto, depression postpartum, intervenciones, piel con piel.

ABSTRACT

Background: Postpartum depression is one of the most common pathologies in Primary Care but still considered as an undertreated disease. A greater number of PPD alterations are identified, and sometimes confused with postpartum sadness – or postpartum dysphoria – which also occurs in a high percentage of mothers, between 50 and 70%.

Aim: The main purpose of this research project is to provide mothers with postpartum sadness with a healthcare program in order to prevent their evolution to postpartum depression while improving the mother-child bond.

Methods: Bibliographic review of the articles published in the last 5 years on scientific bases of a medical and health nature. The search focused on Medline, Scielo, ScienceDirect, Cuiden and Dialnet.

Conclusions: Due to the high prevalence of puerperal disorders, nursing professionals should be trained to assist these women, be involved in the detection of postpartum sadness and provide information to both pregnant and postpartum women. Assisting puerperal women who suffer from PPS would increase maternal and child health and prevent the progression of PPS to more serious disorders.

Key words: Postpartum depression, interventions, skin to skin.

2. INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un cambio importante en varios aspectos de la vida de la mujer y de su pareja (1). Se producen una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que hacen que la mujer sea más vulnerable a padecer un trastorno psíquico, como la depresión puerperal o postparto (DPP), que puede aparecer de manera posterior a una tristeza postparto, común a la mayoría de madres (2, 3). Según datos del estudio ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), la DPP tiene una prevalencia del 10% en nuestro país y del 10% al 20% de mujeres a nivel mundial, siendo tres veces más alta en los países en desarrollo, así como también en madres adolescentes (2, 4, 5, 6).

Esta prevalencia puede variar dependiendo del momento en el que se produzca el trastorno, ya que puede aparecer justo después del parto o hasta un año más tarde, dándose entre el 40% y 70% de los casos en los tres primeros meses (7).

Aun así, cabe destacar que la prevalencia de la depresión postparto no es bien conocida debido a que muchas madres no son diagnosticadas ya que no piden ayuda según refieren autores como: Vargas et al. (2009), interpretando que este hecho ocurre o bien por un sentimiento de culpa o por su baja autoestima (5).

Muchas veces, resulta complicado especificar correctamente qué trastorno padece la mujer, ya que su sintomatología puede confundirse con comportamientos asociados a la adaptación al puerperio (8, 9) o pueden presentar síntomas de apariencia depresiva en los primeros días postparto, lo que recibe el nombre de maternity blues, disforia o tristeza postparto (TPP) (10).

Esta disforia es un padecimiento afectivo que, según la autora Medina (2013), se da entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz. Cursa con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil, así como

ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido (3, 11).

Dichos trastornos se deben a que el organismo de la mujer se encuentra debilitado por el esfuerzo que supone el parto y por el reajuste fisiológico y los cambios hormonales que se producen en ella después de dar a luz, los cuales pueden llevar a una inestabilidad emocional (3, 5, 12). Si estos síntomas aumentan o no desaparecen después de dos a tres semanas, se debe acudir al profesional de la salud, ya que puede tratarse de una depresión postparto (3).

La depresión materna afecta a la madre pero también a su bebé (5). Consta de una sintomatología común con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el establecimiento del vínculo materno-filial, generando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (5, 13, 14, 15).

La visión idealizada de la maternidad y el cambio que esta supone, hace que se observen más casos de tristeza postparto de los que podemos imaginar, llegando a padecer trastornos más graves. Detectando a tiempo a las mujeres que padecen TPP podemos llegar a prevenir la DPP, reduciendo también el impacto que esta supone en el vínculo, el desarrollo y la salud mental infantil (10, 13, 16, 17). Por todo ello, el presente trabajo se centrará en intervenir sobre estas mujeres, aliviando los síntomas de aspecto depresivo en la madre y llegando a conseguir un vínculo seguro (18).

Autores como Bernal (2012), consideran necesario un enfoque multidisciplinar ante una DPP y se debe realizar un abordaje integral de la mujer (1). Ammon (2011) al igual que Dennis y Negron (2013), remarcan la importancia del apoyo social para la recuperación física y emocional de la mujer después del parto y especifican que el descanso adecuado y el ejercicio físico ayudan a prevenir la DPP (4, 6).

En este sentido, el rol de enfermería ante la DPP será esencial e imprescindible. Realizarán el cribado en las visitas de consulta rutinaria y llevarán a cabo distintas intervenciones en el periodo de tristeza puerperal que aumentarán la seguridad y autoestima (2, 10, 18, 19).

La herramienta más utilizada y eficaz para identificar una mujer con riesgo de desarrollar una DPP, según la mayoría de artículos, es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (Anexo I). Además, la Escala de autoestima de Rosenberg es considerada el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica (Anexo II) (1, 3, 11, 20).

Diversos autores como: Suarez-Varela (2012), Bernal (2012), Alderdice (2013) o Goodman (2014), coinciden en que ante situaciones de riesgo, las intervenciones psicoterapéuticas tratan la ansiedad, siendo útiles las técnicas de relajación, la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP) (1, 11, 18). Según apuntan Frazer et al. en su trabajo publicado en el año 2015, otra forma de prevenir la DPP y disminuir el estrés es la integración de mindfulness, que consiste en llevar el cuerpo y la mente al presente, sin pensar en el pasado o el futuro (1).

Por último, Murphy et al. (2013) demuestran la eficacia de la intervención "Comunicación y relación de manera efectiva" (1), aunque habitualmente se utiliza el término CARE que correspondería a la expresión inglesa "Communicating and relating Effectively".

La base para una buena actuación enfermera es valorar la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos (1).

Por eso se debe intervenir directamente sobre el vínculo madre-hijo, ya que se asocia a mejoras significativas en el ánimo (18).

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un programa de salud dirigido al cuidado de las puérperas con TPP y a la prevención de su evolución a depresión postparto, mejorando el vínculo madre-hijo.

Objetivos específicos

- Analizar, según la evidencia científica, cuáles son los métodos de detección más eficaces para valorar el riesgo de DPP en las puérperas.
- Explicar las diferentes intervenciones psicosociales y psicológicas descritas en la literatura científica, valorando su eficacia en la prevención de la sintomatología de la DPP.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado en primer lugar una revisión bibliográfica. Se ha recurrido a estudios publicados en varias bases científicas de índole médico y sanitario. La búsqueda se ha centrado en Medline, Scielo, ScienceDirect, Cuiden y Dialnet con los recursos bibliográficos de la Universidad de Zaragoza.

Los criterios de inclusión de los estudios revisados en la bibliografía del tema han sido: la antigüedad, incluyendo solamente artículos de los últimos cinco años (2013-2018), el idioma de los artículos (inglés o español) y artículos a los cuales se pudiera acceder de forma gratuita.

También se ha consultado información extraída de la sede web de la OMS, de la Fundación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y de la Fundación de Asistencia Nacional para la Ayuda al Enfermo de Depresión (ANAED).

| BASE DE DATOS | PALABRAS CLAVE | ARTICULOS ENCONTRADOS | ARTICULOS REVISADOS | ARTICULOS UTILIZADOS |
|-----------------------|-------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| SCIELO | -Depresión Postparto | 27 | 17 | 9 |
| | -Depression, Postpartum | | | |
| | -Piel con piel AND postparto | 230 | 2 | 1 |
| SCIENCE DIRECT | -Depresión Postpartum | 38 | 9 | 5 |
| | -Reestructuración cognitiva | 34 | 1 | 1 |
| CUIDEN | -Depresión Postparto | 48 | 5 | 3 |
| DIALNET | -Depresión Postparto | 24 | 3 | 2 |
| | -(Depresión Postparto) AND intervenciones | 8 | 2 | 1 |
| | -Escala Rosenberg | 49 | 3 | 1 |
| | -Relajación Jacobson | 13 | 1 | 1 |

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

5.1 DIAGNÓSTICO

La DPP es un importante problema de Salud Pública. Su gran prevalencia pone de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral de la mujer que está a riesgo de sufrir esta complicación tras el parto mediante un programa de salud específico.

Los diagnósticos de enfermería sobre los que se va a trabajar principalmente son:

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1ª SESIÓN | (00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente sobre el postparto m/p inseguridad y falta de confianza a la hora de cuidar al bebé. |
| | (00095) Insomnio r/c ansiedad y estrés m/p pensamientos negativos. |
| | (00069) Afrontamiento ineficaz r/c sobrecarga de trabajo m/p angustia y temor. |

| | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2ª SESIÓN | (00153) Riesgo de autoestima situacional baja r/c alteración de la imagen corporal y actividades habituales. |
| | (00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño r/c ansiedad asociada al rol parenteral. |

| | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3ª SESIÓN | (00055) Desempeño ineficaz del rol r/c sistema de apoyo inadecuado m/p interacción ineficaz madre-hijo. |
| | (00212) Disposición para mejorar la resiliencia r/c |

| | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------|
| | desordenes psicológicos m/p verbalización y aumento de la sensación de control |
|--|--------------------------------------------------------------------------------|

5.2 PLANIFICACIÓN

5.2.1 Objetivos

Objetivo general

- Tratar la sintomatología de la TPP en púerperas y prevenir la evolución a depresión postparto.

Objetivos específicos

- Reconocer las pacientes púerperas con TPP y realizar un control y seguimiento de cada una de ellas, aumentando y reforzando los conocimientos sobre este tema.
- Analizar el riesgo de DPP mediante el empleo de la escala de Edimburgo y el test de Rosenberg.
- Evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería en el puerperio.

5.2.2 Población

El programa de salud va dirigido a mujeres en riesgo de padecer o que padecen TPP en el puerperio inmediato para tratar los síntomas depresivos que puedan darse y prevenir la evolución a un trastorno más grave como es la DPP, evitando así la afectación que tienen estos trastornos en el establecimiento del vínculo madre-hijo.

El programa de salud se llevará a cabo en el Centro de Salud Valdespartera. Corresponde al sector II de Zaragoza con una población de 6.891 habitantes. El índice de natalidad de esta zona corresponde a los más altos

de Zaragoza y atiende a una población mayoritariamente joven ya que el 22% tiene menos de 15 años.

5.2.3 Recursos

El centro de salud de Valdespartera cuenta con un personal de 12 médicos, 13 enfermeras, 6 pediatras y 2 matronas, además de personal de apoyo como fisioterapeuta y trabajador social.

Para llevar a cabo el programa de salud se necesita valorar los recursos de los que se dispone para llevar a cabo unas actividades tangibles y reales. Se debe tener en cuenta la capacidad económica, el tiempo y los recursos humanos y materiales disponibles.

Recursos humanos:

- Tres profesionales de la salud:
 - o 2 matronas en la captación.
 - o 1 enfermera especializada en el puerperio que será la que prepare e imparta las sesiones.

Recursos materiales:

- Sala de reuniones del Centro de Salud Valdespartera.
- Ordenador y equipo proyector audiovisual para llevar a cabo las sesiones.
- Sillas para las madres y colchonetas para llevar a cabo las técnicas de relajación.
- Un paquete de folios DNA4 para realizar las encuestas.

Tabla 1. Presupuesto

| | Precio euros | Precio euros total |
|------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| Folios | 4,20€/paquete | 4,20€ |
| Enfermera (sesiones) | 50€/sesión | 150€ (3 sesiones) |
| Consulta de enfermería (captación) | 30€/mes | 30€ |
| Preparación de la h/sesión | 20€/sesión | 60€ (3 sesiones) |
| Equipo proyector audiovisual | | Prestado por el Centro de Salud |
| Sillas y colchonetas | | Prestado por el Centro de Salud |
| Ordenador | | Prestado por el Centro de Salud |
| TOTAL | | 244,2 EUROS |

5.2.4 Estrategias

Contando con la colaboración de una enfermera especializada en el puerperio y las dos matronas:

- Las dos matronas identificarán las mujeres a riesgo durante el seguimiento de la embarazada y en la consulta que se lleva a cabo unos días después del parto. Les explicarán la existencia de unas sesiones que podrían serles de interés, citándolas en la consulta de la enfermera para comenzar a valorar su situación.
- La enfermera recibirá a todas las púerperas captadas para conocer su situación personal y explicarles que la tristeza postparto es algo muy común sobre la que se debe intervenir para prevenir su evolución a depresión

puerperal; que es una enfermedad muy frecuente y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible.

Se les realizará la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (Anexo I), un test (Anexo II) y una entrevista (Anexo III) para valorar los conocimientos, dificultades, miedo o angustias y autoestima que tiene cada una.

Tras valorar los resultados, se seleccionará a las cuatro que más riesgo tengan; que hayan obtenido una puntuación de 10 o más en la EPDS, menor de 25 en el test de Rosenberg y cuyas respuestas de la entrevista hayan sido preocupantes.

5.2.5 Actividades

Una vez se tenga convocadas las madres con las que se va a trabajar, comenzarán las sesiones, llevando a cabo un número de tres en total, con una duración de una hora por sesión, ya que disponer de tiempo en este período no es tarea fácil (Anexo IV).

Se realizarán de manera grupal con actividades asistenciales en el Centro de Salud a lo que se añadirá llamadas telefónicas, siguiendo las recomendaciones de Dennis et al.(1).

5.2.6 Cronograma

DIAGRAMA DE GANTT

| ACTIVIDADES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|----------------------------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Revisión bibliográfica | | | | | | | |
| Búsqueda de recursos (material) | | | | | | | |
| Captación población diana | | | | | | | |
| Organización | | | | | | | |
| Consulta de Enfermería | | | | | | | |
| Sesiones | | | | | | | |
| Evaluación | | | | | | | |
| Llamadas telefónicas | | | | | | | |

5.3. EJECUCIÓN

SESIÓN 1: "Infórmate y relájate"

Durante la primera media hora de esta sesión se realizará la psicoeducación sobre la tristeza postparto.

Las madres se conocerán entre ellas, compartirán experiencias, sentimientos, preocupaciones y limitaciones que cada una de ellas tiene ante esta nueva etapa, aplicando la reestructuración cognitiva; que es una técnica cognitivo-conductual que consiste en modificar pensamientos negativos que nos producen malestar, sustituyéndolos por otros más apropiados que permitan reducir o eliminar dicho malestar (21).

Para llevar a cabo esta técnica se seguirán los siguientes pasos:

1. Se identificarán los pensamientos inadecuados que hacen que estas madres estén inmersas constantemente en un diálogo consigo mismas y los pondrán en común. Por ejemplo: *"No sé si estoy cuidando bien de mi bebé", "Mi vida personal ha desaparecido por completo", "¿Y si le pasa algo malo a mi hijo?", "¿Y si no soy capaz de darle todo lo que necesita?", etc.*
2. Se analizarán los pensamientos para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad, haciéndoles preguntas como: ¿Crees que te hace falta información?, ¿Te infravaloras?, ¿Te responsabilizas en exceso? y analizar las consecuencias de estos pensamientos con preguntas como: ¿Crees que te ayuda darle vueltas todo el rato? ¿Cómo influye tu forma de pensar en tus relaciones sociales o familiares?
3. Por último se buscarán pensamientos alternativos, que acabará siendo lo que las madres se digan a ellas mismas en el momento que les invadan los pensamientos no adaptativos. *"Tranquila, lo estás haciendo bien y tu bebé está feliz por estar contigo", "estas cuidando bien de tu hijo", "el cansancio es normal y todo irá pasando con el tiempo", "Volverás a tener tiempo para ti", etc.*

Estas preguntas se introducirán dentro de la conversación normal con las madres para que no parezca un interrogatorio. Es importante que las madres vean estos encuentros como un apoyo emocional y un tiempo en el que están acompañadas de otra gente con quien poder hablar y desahogarse, ya que será beneficioso para la madre.

En la segunda mitad de la sesión se realizarán y enseñarán técnicas de relajación.

- *Técnica de relajación progresiva de Jacobson*, que favorece un estado corporal más energético y logra disminuir la ansiedad, relajar la tensión y facilita la conciliación del sueño (22).
- *Técnica de respiración diafragmática*, que tiene como objetivo disminuir la activación fisiológica, así como constituir una herramienta para la autorregulación emocional (21).

SESIÓN 2

En la primera media hora cada una de ellas escribirá el horario de su día a día, de manera que se le ayude a organizarlo y dedicar un rato del día a ellas mismas, como hacían antes de la maternidad, (según la persona; actividades como salir a dar un paseo, quedar con amigas o dormir la siesta por ejemplo), ya que tener un espacio de calidad sin el bebé es un aspecto importante (3).

En la segunda media hora nos centraremos en realizar actividades que favorezcan el vínculo madre-hijo, mediante la intervención CARE. Promueve la interacción de la madre y el bebé, ayudándola a interpretar señales del comportamiento del bebé y ayudando a responder de manera sensible, eliminando las conductas inadecuadas (1).

Se les enseñará cómo llevar a cabo un piel con piel efectivo ya que favorecerá tanto a la madre como al bebé, se establecerán relaciones afectivas de mayor calidad y hará que el bebé crezca sin carencias emocionales. Fomentaremos también el contacto visual y táctil, haciendo

que conecten con el niño mediante caricias, cosquillas, mimos y hablándoles (23).

Se recomendará la lactancia materna en caso de ser posible, ya que protege a la madre de desarrollar DPP porque promueve procesos hormonales que atenúan los niveles de cortisol (responsables del estrés) y ayuda a la regulación de los patrones de sueño y vigilia y en la interacción madre-bebé (1).

SESIÓN 3

Durante la primera parte de la sesión, las madres pondrán en común con el resto de madres cómo han ido cambiando sus sentimientos y su actitud respecto a la maternidad, contando que han ido haciendo los días anteriores desde que comenzaron las sesiones.

También se verá una parte del documental "Depresión postparto. La verdad de mi postparto" (del minuto 4:40-8:40 y del 11:33-11:55) (Anexo V) en el que una madre que tuvo TPP, cuenta cómo fueron sus días después del parto, cómo se sentía y cómo fue cesando esa sintomatología. Les ayudará a ver que es algo muy común de lo que no hay que avergonzarse.

Durante la segunda media hora, se nombrarán una serie de recursos tanto didácticos como de ayuda que sirvan a las madres para continuar el apoyo una vez finalizado el programa; como grupos de madres puérperas o cursos de formación sobre diferentes temas del postparto y del bebé, así como proporcionarles algunos teléfonos que les sean de interés en caso de necesitar una atención más especializada.

Para dar fin a la última sesión, se realizará la evaluación del programa de salud. Realizando de nuevo la Escala de Rosenberg para valorar la autoestima actual de las madres y también la EPDS.

Durante un tiempo después se realizarán llamadas telefónicas a las pacientes para proporcionar un seguimiento adecuado, recomendado por Dennis et al en su estudio de 2013 (1).

5.4. EVALUACIÓN

En este programa de salud interesa evaluar los conocimientos, la actitud y los cambios de conducta y comportamiento producidos en las madres y de las madres respecto a sus hijos y en caso de que alguna madre no presente mejoría, se valorará la derivación al especialista en salud mental.

La evaluación debe realizarse durante cada una de las fases del programa y al finalizar cada acción. Debe ser un proceso continuo.

- Las sesiones llevadas a cabo serán útiles en la paliación de los síntomas de la tristeza postparto, previniendo así la evolución de este estado puerperal a un trastorno más grave como la depresión. Las madres puérperas afianzarán también conocimientos sobre estos trastornos.

- Se detectará con éxito a las puérperas con TPP llevando a cabo un seguimiento individualizado en la consulta de enfermería.

- Las diferentes escalas serán eficaces en el análisis del riesgo de DPP.

- Las intervenciones llevadas a cabo por enfermería en la prevención de la DPP serán eficaces previniendo la sintomatología depresiva en las puérperas con TPP y su evolución a DPP.

6. CONCLUSIONES

1. Según los artículos revisados, la realización de un programa de salud centrado en puérperas con TPP, será altamente eficaz en la prevención de la depresión postparto, ya que las intervenciones llevadas a cabo por enfermería serán de gran utilidad.
2. La detección llevada a cabo por el equipo de enfermería y matronas en un centro de atención primaria es la recomendada en los diferentes estudios bibliográficos analizados en relación a la prevención de la DPP.
3. Los métodos más eficaces de detección del riesgo de DPP en las puérperas son la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y el test de Rosenberg.
4. La prevención de la sintomatología depresiva puerperal se realiza mediante intervenciones psicoterapéuticas en los niveles de asistencia primaria según los diferentes autores consultados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1- Marmi. M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 2017; 2(1):57-85.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888689>

2- Martos IM, Sánchez MM, Pérez MC. Depresión posparto, la cara más oscura de la maternidad. Rev. Paraninfo Digital, 2017; 27.

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/092.php>

3- Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol. Reprod. Hum. [Internet]. 2013 Ene ;27(3): 185-193.

Disponible en:

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

4- Araujo WS, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2806.

Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02806.pdf

5- Fernández M, Fuentes L, Tovar MR. La depresión en el post-parto: factores de riesgo. Rev. Paraninfo Digital, 2017; 27.

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/182.php>

6- Barbosa MA, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Abr;15(42): 232-255.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009&lng=es.

7- Ortiz RA, Gallego CX, Buitron EL, Meneses YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2016 Oct;45(4): 253-261.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300026>

8- Muñoz M, Poo AM, Baeza B, Bustos L. Riesgo relacional madre-recien nacido. Estudio de prevlencia y variables asociadas. Rev Chil Pediatr. 2015;86(1):25-31.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-riesgo-relacional-madre-recien-nacido-estudio-S0370410615000066#elsevierItemBibliografias>

9- Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Jun;140(6): 719-725.

Disponible

en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004&lng=es.

10- Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Jul;143(7): 887-894.

Disponible

en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010&lng=es.

11- Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes. 2014;25(6): 1019-1028.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>

12- Depresión postparto; Base de datos Medline, Actualizado en febrero 2014.

Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm>

13- Olhaberry M, Escobari M, San Cristóbal P, Santelices MP, FarkaS C, Rojas G et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*. 2013; 31(2): 249-261.

Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v31n2/art11.pdf>

14- González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 Jun;88(3): 360-366.

Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300008&lng=es.

15- Jiménez NS, Bueno JM, Pelegrina AM. Salud Mental en el Postparto. *Rev Paraninfo Digital*, 2017; 27.

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/088.php>

16- Gonzalez-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Hum*; 30(1):24-30.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-psicosis-puerperal-panorama-general-sobre-S0187533716000133>

17- Lopes F, Netto de Oliveira AM, Pinto LA, Arruda da Silva P, Pereira da Costa N, Santos da Silva MR. Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Enf.Global* [Internet]. 2012; 11(27):408-418.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4143276>

18- Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Summa Psicológica UST [Internet]. 2015;12 (1):77-87

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>

19- Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. Terapia psicológica. 2015;33(2), 59-68.

Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art01.pdf>

20- De León CA, García M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. Rev. P.M.Latinoamericana. 2016; 10(2): 119-127.

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5733933>

21- Gonzalez C, Umaran O, Cordero P, Muñoz R, Ruiz P, Adrián L et al. Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. 2018; 24(1): 1-11.

Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113479371730060X>

22- Gómez A. La relajación en niños: principales métodos de aplicación. Rev. Dig. Educacion Fisica. 2013; 24: 35-43.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4692484>

23- Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Rev. bol. ped. [Internet]. 2015; 54(2): 102-109.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200009&lng=es.

24- Jadresic E. Depresión postparto en el contexto del hospital general. Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6): 874-880.

Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>

25- Fernández JK, Iturriza AT, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 Dic; 74(4): 229-243.

Disponible en:
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es)

8. ANEXOS

Anexo I

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Es el instrumento de tamizaje para depresión más usado durante la gestación (validez en las semanas 28 a 34) y también durante el puerperio, en todo el mundo.

Es una encuesta auto-administrada, desarrollada por Cox y colaboradores en 1987. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con cuatro alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3, en grado creciente de gravedad de los síntomas, siendo el puntaje final de 0-30. En esta escala se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los siete días previos (11, 24, 25).

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando diferenciar los síntomas físicos y psicológicos propios de la gestación, de los propios asociados a la depresión (3).

ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- (1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada
- (2) He disfrutado mirar hacia delante:
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada
- * (3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca
- (4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia
- * (5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca
- * (6) Las cosas me han estado abrumando:
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
- * (7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca
- * (8) Me he sentido triste o desgraciada:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca
- * (9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca
- * (10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca

Fuente: Jadresic E. Depresión postparto en el contexto del hospital general.

Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6): 874-880.

Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>

Anexo II

Escala de autoestima de Rosenberg

Este test tiene como objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

| | A | B | C | D |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a. | | | | |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo. | | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | | |

Fuente: De León CA, García M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. Rev. P.M.Latinoamericana. 2016; 10(2): 119-127.

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5733933>

Interpretación

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. (20)

Anexo III

Entrevista realizada a puérperas para valorar sus conocimientos

- 1- ¿Qué conoce de la tristeza postparto? ¿De dónde ha obtenido la información?
- 2- ¿Conoce a alguien que haya tenido tristeza postparto?
- 3- ¿Qué piensa de la tristeza postparto? ¿Conoce qué síntomas tiene y sus consecuencias?
- 4- Si ha tenido este tipo de sentimientos antes, ¿Qué pasó? ¿Cómo les hizo frente?
- 5- ¿Es consciente del riesgo de padecer depresión postparto? ¿Qué opina? ¿Le asusta?
- 6- ¿Quiénes cree que deberían de actuar ante su situación? ¿Qué profesionales cree que deberían implicarse durante el proceso para que se sienta apoyada en estos momentos?
- 7- Cuando supo que estaba embarazada, ¿Cómo se veía ante esa situación?
- 8- ¿Cuáles son sus preocupaciones respecto al puerperio?
- 9- Respecto a la maternidad ¿Qué es lo que más le produce nerviosismo/estrés? ¿Por qué? ¿Qué necesitaría para evitar estas situaciones estresantes?
- 10- ¿Cuándo se relaciona con el resto de puérperas coinciden sus opiniones/creencias? ¿ Se siente aliviada al hablar con ellas?

Fuente: Elaboración propia.

Anexo IV

Ficha crítica

| | OBJETIVOS | DESTINATARIOS | METODOLOGÍA | DESCRIPCIÓN | RECURSOS | LUGAR Y DURACIÓN | EVALUACIÓN |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SESIÓN 1. "Infórmate y relájate" | <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de la sintomatología de la TPP en puérperas y prevención de la evolución a depresión postparto. - Reforzar conocimientos sobre la TPP | <ul style="list-style-type: none"> - Puérperas con TPP o en riesgo de padecer TPP | <ul style="list-style-type: none"> - Power Point sobre TPP. - Preguntas, dudas y grupo de apoyo entre madres. - Técnicas cognitivo-conductuales. - Técnicas de relajación. | <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la TPP - Exposición de sentimientos, pensamientos, dudas y limitaciones de cada una de las madres que pondrán en común con el resto. - Aplicación de la técnica cognitivo-conductual para sustituir pensamientos negativos por otros más apropiados y reducir el malestar. Esto se llevará a cabo mediante tres pasos (Identificación, análisis y búsqueda de pensamientos alternativos). - Realización de técnicas de relajación favoreciendo el estado de ánimo y disminuyendo la ansiedad. Se utilizarán la técnica de relajación progresiva de Jacobson y la técnica de respiración diafragmática. | <ul style="list-style-type: none"> - 1 enfermera especializada en el puerperio. - Sala de reuniones del Centro de Salud Valdespartera. - Ordenador - Equipo proyector audiovisual. - Sillas - Colchonetas | <ul style="list-style-type: none"> - Sala de reuniones del Centro de Salud Valdespartera. - Duración de 1 hora. | <ul style="list-style-type: none"> - Encuestas previas a la sesión en la consulta de enfermería. - Observación por parte de la enfermera de una correcta comprensión por parte de las asistentes. |

Anexo V

<https://www.youtube.com/watch?v=yCiT-rr8Ac4&vl=es>