

Trabajo de fin de Grado

Curso 2016/17



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

[ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO.]

Autor/a: Cintia Asensio Alonso.

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero.



CONTENIDO:

| | |
|---|----|
| RESUMEN: | 2 |
| PALABRAS CLAVE: | 2 |
| INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN: | 3 |
| OBJETIVOS: | 5 |
| GENERAL: | 5 |
| ESPECÍFICOS: | 5 |
| METODOLOGÍA: | 6 |
| MARCO TEÓRICO: | 7 |
| CONCEPTO: | 7 |
| FACTORES PSICOSOCIALES: | 12 |
| VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: | 13 |
| [00055] DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL: | 15 |
| [00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: | 16 |
| ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS CUIDADOS?: | 17 |
| CONCLUSIÓN: | 19 |
| AGRADECIMIENTOS: | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA: | 21 |
| ANEXOS: | 23 |
| ANEXO 1: ESCALA DE EDIMBURGO: | 23 |
| ANEXO 2: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG | 25 |
| ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. | 27 |

ÍNDICE DE TABLAS:

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 Valoración 14 Necesidades | 133 |
| Tabla 2 Objetivos e Intervenciones; NANDA [00055] | 166 |
| Tabla 3 Objetivos e Intervenciones; NANDA [00118] | 177 |



RESUMEN:

Estudios realizados por La Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que 20 millones de los 136 millones de partos que se producen cada año presentan complicaciones diversas. ⁽¹⁾ Dentro del ámbito psicológico, las principales complicaciones son tres: Disforia postparto, Psicosis postparto y Depresión postparto. Esta última presenta una prevalencia del 12-13% de los casos, pudiéndose reducir este número con una detección precoz y un tratamiento adecuado.

Por ello, el fin de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sobre la Depresión postparto y la realización de una Valoración de Enfermería según las 14 Necesidades de Virginia Henderson y un posterior Plan de Cuidados de dos diagnósticos específicos según la taxonomía NANDA-NOC-NIC, para dar a conocer los principales factores y aspectos psicológicos que desencadenan dicha patología, sobre todo a los profesionales sanitarios, con el fin de fomentar la Educación para la Salud, intentar reducir su incidencia y ofrecer una mejor calidad en los cuidados enfermeros a dichas pacientes, siempre enfocados en el ámbito psicológico.

Para finalizar se destacan las conclusiones a las que se ha llegado tras la realización del presente Trabajo Fin de Grado.

PALABRAS CLAVE:

Depresión postparto, Enfermería, Educación para la Salud, puerperio.



INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:

En el presente Trabajo Fin de grado (de ahora en adelante TFG), se expondrán en profundidad los diferentes trastornos del ánimo que pueden presentarse en el postparto, destacando la Depresión postparto.

Estos trastornos del ánimo en el postparto son 3: Disforia postparto (Baby Blue), Psicosis postparto y Depresión postparto. Centrándome en esta última, se clasifica según la DSM-IV como trastorno depresivo que cursa con llanto, irritabilidad, ansiedad, tristeza, rechazo al recién nacido etc. ⁽¹⁾⁽²⁾

Existe una prevalencia del 12-13% de los partos, convirtiéndose en un importante problema de Salud Pública que está en crecimiento. ⁽³⁾

La alta prevalencia de la patología, así como su desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios para diagnosticarla y actuar ante un caso ⁽¹⁾, me llevan a realizarme las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los factores de riesgo y aspectos psicológicos que desencadenan dicha enfermedad?; ¿Existe diferencia entre el parto por cesárea o parto vaginal a la hora de desarrollar la enfermedad?; ¿Qué actuación de Enfermería se podría llevar a cabo?; ¿Cómo se puede mejorar la calidad de la atención en una paciente con depresión postparto?.

Los aspectos psicológicos de las mujeres en el puerperio deben estar presentes a la hora de realizar un Plan de Cuidados por parte de Enfermería a este colectivo. Esta actuación es fundamental, no solo por el bienestar de la madre, sino por la repercusión que esta enfermedad produce en el núcleo familiar y sobre todo en el desarrollo del bebé en todos los ámbitos.

Para llevar a cabo estos cuidados de una forma correcta, es necesario conocer la enfermedad, qué procesos pueden ocasionarla, cómo podemos detectarlos y cuáles son los aspectos más importantes que podemos destacar de dicha enfermedad.

Para ello he creído conveniente realizar una descripción de la patología y factores psicosociales que desencadenan la misma, para posteriormente detectar dos necesidades (que he creído más importantes) sobre el ámbito psicológico en una paciente con Depresión postparto postcesárea, y realizar un Plan de Cuidados con una taxonomía



NANDA, NOC y NIC de estas dos necesidades. Antes de elegir las, he tenido que realizar una Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Con ello quiero demostrar que la actuación de Enfermería es fundamental para la detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión postparto en las diferentes áreas de atención, así como resolver aquellas preguntas que me surgieron con anterioridad.



OBJETIVOS:

Los objetivos que se desean alcanzar son:

GENERAL:

- Definir aquellos factores y aspectos psicológicos que resulten poseer mayor relevancia ante el papel e intervención de la Enfermería en la depresión Postparto.

ESPECÍFICOS:

- Explicar qué factores de riesgo desencadenan la enfermedad.
- Proponer dos diagnósticos de Enfermería y crear un plan de cuidados adaptado a las dos necesidades de una paciente con Depresión postparto post-cesárea.
- Mejorar la calidad de los cuidados de Enfermería a la mujer con Depresión postparto abordando los aspectos psicológicos más importantes.



METODOLOGÍA:

El término ‘*Proceso de atención de Enfermería*’ se introdujo a mediados del siglo XX. Su objetivo principal es aplicar el método científico en la prestación de cuidados enfermeros. Una figura muy importante en este proceso es la de Florence Nightingale, quien destacó en su definición de Enfermería, la importancia de la observación en la práctica enfermera y en la valoración.

Mediante una buena actuación de Enfermería se puede conocer el estado de salud de las personas y se pueden detectar las necesidades que dicha persona tiene. Una vez conocidas, se debe plantear una serie de actividades organizadas para poder satisfacerlas.

A día de hoy, estas actividades se desarrollan mediante Planes de Cuidados. La metodología a utilizar para realizar dichos planes es extensa, aunque la más usada es la metodología NANDA, NOC, NIC la cual mediante una serie de Necesidades o Diagnósticos (NANDA) se definirán una serie de objetivos (NOC) y las intervenciones enfermeras (NIC) para suplir esas necesidades.

A raíz de lo anteriormente citado, en este trabajo voy a proponer dos diagnósticos de Enfermería relacionados con la atención psicológica de la mujer con Depresión postparto basados en mi corta experiencia personal en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia en el Hospital Rio Hortega y la actuación de la Matrona en Atención Primaria durante mis prácticas de Enfermería y documentación bibliográfica sobre el tema.

Para ello he realizado una búsqueda bibliográfica a partir de diferentes fuentes informativas electrónicas como por ejemplo PubMed o Google académico. También he utilizado revistas de ámbito sanitario, periódicos de tirada Nacional y libros facilitados por la Biblioteca de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Y para la realización del Plan de Cuidados he utilizado soportes electrónicos como NNNConsult.

La información a tratar en el siguiente TFG se vio limitada a los 10 últimos años de investigación. A su vez, se aceptaron fuentes más antiguas de gran relevancia, puesto que la información sobre este tema es escasa.



MARCO TEÓRICO:

CONCEPTO:

Según la OMS “ La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.⁽¹⁾

La Depresión es una enfermedad común, pero grave, en la mayoría de los casos es necesario tratamiento farmacológico.⁽⁴⁾

La incidencia de la enfermedad es igual tanto en hombres como en mujeres, pero su diagnóstico se acentúa en el caso de estas últimas.⁽⁵⁾ Además, muchas de estas mujeres que padecen la enfermedad no buscan tratamiento, porque no creen encontrarse enfermas.

Los trastornos depresivos son comunes tanto en hombres como en mujeres. Existen diferentes tipos:

El trastorno depresivo grave (Depresión grave): esta enfermedad incapacita a la persona a la hora de actuar con normalidad. Este episodio puede darse una vez en la vida, pero generalmente vuelve aparecer durante las diferentes etapas de esta. Requiere tratamiento farmacológico.

El trastorno distímico (Distimia): está caracterizado por síntomas depresivos de larga duración (pueden llegar a durar hasta 2 años o más), pero son de menor gravedad que los anteriores, estos no incapacitan a la persona, pero si la limitan a la hora de actuar. Estos también pueden repetirse a lo largo de las diferentes etapas de la vida.⁽⁶⁾

El trastorno depresivo menor (Depresión menor): los síntomas de esta enfermedad son similares a los de los dos anteriores, pero son menos graves aún y generalmente duran menos tiempo. En este caso existen varios tipos:

- **Tristeza:** es un estado anímico-afectivo, de contenido negativo, en el que el individuo siente deseos de llorar y baja autoestima entre otros. Generalmente no precisa tratamiento y suele ser pasajero.⁽⁷⁾ También puede asociarse a



diferentes estaciones del año. Si hablamos de este último, estamos hablando del Trastorno afectivo estacional citado más adelante.

- **Trastorno afectivo estacional.**

Centrándonos en la mujer, podemos destacar algunos trastornos psiquiátricos que en el hombre no se dan, estos son los trastornos postparto. ⁽⁸⁾

La mujer en el puerperio constituye un periodo de vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos. Los trastornos del estado de ánimo aumentan en los primeros 6 meses postparto. ⁽⁸⁾ Conocer estos procesos será de ayuda en la práctica clínica para prevenirlos, o si fuera necesario tratarlos. Estos alteran la vida familiar, así como el desarrollo del bebé. ⁽⁹⁾ Existen diferentes tipos:

Disforia postparto (Baby Blue): proceso que se inicia a los 2-4 días de dar a luz y su duración no se extiende más de 2 semanas y no necesita tratamiento. Es un estado pasajero con síntomas típicos como irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad o llanto fácil. Su incidencia es del 85% de los partos y suele ser más frecuente en madres primerizas. ⁽¹⁰⁾

Psicosis postparto: es una enfermedad grave y aguda que se produce en el 2% de los partos. Los síntomas típicos son agitación severa, confusión, alucinaciones, insomnio y desorganización del pensamiento entre otras. De los tres, es el proceso más grave, requiere tratamiento farmacológico y conductual. ⁽¹⁰⁾ Suele darse en pacientes que padecen una patología psiquiátrica de base, pero no es un factor determinante de la enfermedad.

Depresión postparto: trastorno del estado de ánimo que puede afectar a la madre después de dar a luz. Se desarrolla durante las 2-4 primeras semanas de puerperio y tiene tendencia a larga duración. ⁽¹¹⁾ Se caracteriza por síntomas como ansiedad, tristeza, apatía, irritabilidad, falta de interés, rechazo al bebé, desequilibrio en el autoconcepto... Tiene una incidencia del 12-13% de los casos. Esta enfermedad requiere tratamiento farmacológico y conductual, ya que sin él puede llegar a durar meses o incluso años.

Es muy importante el diagnóstico y tratamiento de la Depresión postparto, puesto que afecta al desarrollo emocional y cognitivo del niño; ⁽¹¹⁾ este puede desarrollar una conducta más agresiva hacia sus progenitores o incluso una autoestima más baja. ⁽¹²⁾



También puede verse afectado el estado físico del niño. Existen estudios que demuestran que los bebés de madres con depresión postparto que se alimentan por lactancia materna, ganan menos peso que los de madres que no sufren ningún trastorno psicológico.⁽¹⁰⁾

No solo se ve afectado el bebé, diferentes estudios demuestran que también la madre sufre cambios neurobiológicos durante la depresión postparto, por ejemplo, si realizamos una comparativa entre pacientes con Depresión (de forma general) y mujeres con Depresión postparto, comprobamos que la amígdala cerebral actúa de forma diferente en ambas circunstancias, estando hiperexcitada en paciente con depresión y menos activa en el caso de las mujeres postparto.⁽¹³⁾

Este estado depresivo no solo afecta física y psicológicamente al bebé y a la madre, también dificultan la creación de vínculos materno-filiales. Las madres que padecen depresión postparto suelen ser más intrusivas o irritables con sus hijos, e incluso más introvertidas y “despegadas”.⁽¹³⁾ Este vínculo materno-filial puede ser reversible, tras superar la depresión postparto puede recuperarse y mantener una relación normal, aunque hasta un largo plazo no se detectarán posibles cambios en el comportamiento del pequeño causados por esta circunstancia.

El grado de riesgo de afectación, sobre todo al bebé, depende de la duración de la depresión⁽¹⁴⁾ por eso es muy importante también su tratamiento inmediato, para ello es importante conocer las causas que la desencadenan, sus factores de riesgo, los métodos diagnósticos con los que contamos hoy en día y su tratamiento farmacológico y conductual.

Las casusas más comunes de la depresión postparto son las siguientes:

- Genéticas: una mujer con antecedentes familiares de Depresión tiene más probabilidad de sufrirla, pero éste no es un factor desencadenante de la misma, puesto que la enfermedad también puede desarrollarse en mujeres que no tengan dichos antecedentes o aun teniéndolos, pueden no desarrollarla.⁽¹⁵⁾
- Las sustancias químicas y hormonas: estudios evidencian que el cerebro de una mujer con Depresión es diferente al de una mujer que no la padece, las partes reguladoras del sueño, el ánimo, el apetito o el pensamiento no funcionan correctamente en las primeras, así como los neurotransmisores de las mismas



también fallan. Las hormonas femeninas también juegan un importante papel en el desencadenamiento de la enfermedad, éstas durante el puerperio disminuyen produciendo cambios en el estado de ánimo e incluso insomnio. ⁽³⁾

- Otras causas como: cambios en los factores físicos y emocionales, estrés... Un hecho que muchas veces pasa desapercibido es, dar mayor importancia al bienestar del pequeño en vez del de la madre, esta puede sentirse desplazada y puede incluso desarrollar un sentimiento de celos y rechazo al bebé.

Cabe destacar que existen estudios que demuestran que se produce diferencias entre el postparto por cesárea que, por parto vaginal, siendo más prevalente la Depresión en el primero, ya que se ven afectadas las necesidades de autoimagen (por incisión quirúrgica, peso...), capacidad de realizar actividades (similar a un postoperatorio) etc. Por ello se debe prestar aún más atención a la mujer de postparto por cesárea. ⁽¹⁾

Los Factores de riesgo ⁽⁸⁾ más comunes en la Depresión postparto son los siguientes:

- Haber padecido una Depresión previa (existe un riesgo del 24%).
- Depresión postparto anterior (riesgo del 35%).
- Antecedentes de Depresión durante el embarazo (riesgo del 50%).
- Acontecimientos vitales estresantes y falta de apoyo a la mujer.
- Complicaciones médicas durante el parto:
 - Parto prematuro.
 - Preeclampsia.
 - Problemas médicos del bebé.
- Relación disfuncional de pareja entre los progenitores.
- Problemas de abuso de alcohol u otras drogas.

El diagnóstico y el tratamiento son fundamentales para superar esta enfermedad. Incluso los casos más graves son altamente tratables.

El diagnóstico de la Depresión postparto suele llevarse a cabo por medio de Atención Primaria, puesto que son los que más contacto tienen con la madre semanas posteriores a dar a luz. Para ello se dirigirá la atención a grupos de población más susceptibles de padecerla. ⁽¹⁴⁾ Una de las herramientas más utilizadas para el diagnóstico es **La Escala de Edimburgo**, dicha escala consta de 10 Ítems con una puntuación especial que permite detectar si la paciente padece Depresión postparto. ^(Ver Anexo 1) Esta



escala es la más específica para la detección de Depresión postparto, pero también pueden emplearse escalas como **el Inventario de Depresión de Beck** ⁽¹⁶⁾ (Ver Anexo3) se utiliza para especificar el tiempo que dura la sintomatología de la Depresión, centrándolo en la última semana, por medio de 21 ítems basados en los criterios establecidos por la “American Psychological Association” referente a diagnósticos de Depresión. Aunque es para la población general, puede utilizarse para la mujer embarazada. Otras escalas que puede utilizarse son las siguientes:

- Cuestionario de salud general de Golberg. ⁽¹⁷⁾ (Ver Anexo 2)
- Escala Hamilton para la ansiedad (HARS). ⁽¹⁸⁾

El médico de Atención Primaria derivará a la paciente una vez diagnosticada, para su tratamiento, a la Unidad de Salud Mental y desde allí se elegirá el tratamiento más adecuado.

El tratamiento de la Depresión postparto suele llevarse a cabo como cualquier otra depresión, sin embargo, esto no podría ser la forma correcta para solucionarlo. Por ello, hoy en día aumentan los estudios neurobiológicos para ayudar a diseñar tratamientos más efectivos con el fin de mejorar el bienestar de la madre, del hijo y de la familia en su conjunto. ⁽¹³⁾

Para realizar un correcto tratamiento se llevarán a cabo una serie de actividades: ⁽³⁾

- Prevención de la enfermedad (anterior a la enfermedad):
 - Educación maternal: por medio de los cursos de preparación al parto que se imparten en los Centros de Salud.
 - Asesoramiento: iría relacionado con lo anterior, aunque también durante las consultas de revisión propias del seguimiento del embarazo y puerperio.
- Tratamiento de la enfermedad (una vez desarrollada):
 - Fármacos antidepresivos.
 - Terapia interpersonal y cognitivo-conductual.
 - Psicoterapia individual y/o de grupo.
 - En los casos más extremos, Hospitalización.

La labor de Enfermería es muy importante a la hora de actuar ante un caso de Depresión postparto, preventiva o terapéutica. Pero hoy en día apenas existen estudios



sobre esta patología e incluso no viene clasificada en el Manual de la APA. ⁽¹³⁾ Este desconocimiento se ve reflejado en la práctica clínica, pasando desapercibida en muchos de los casos.

FACTORES PSICOSOCIALES:

Debido al impacto emocional que supone la maternidad, para la madre y para la unidad familiar, conocer los aspectos psicológicos de estos pacientes es un reto muy importante para Enfermería.

Los factores a tratar se dividen en:

Factores personales: la edad de la madre se debe tener en cuenta; puesto que puede ser un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Una madre joven (o incluso adolescente) es más susceptible de sufrir Depresión postparto que una madre de mayor edad. ⁽¹³⁾ También factores que puede afectar son; la personalidad o la capacidad de adaptación a su nueva vida. El nacimiento de un hijo es un cambio en la vida de la mujer, y hay madres que no son capaces de asumir este cambio, incluso el bebé puede llegar a recibir más atenciones por parte de sus familiares o del personal sanitario (durante su estancia hospitalaria) que la madre y esto puede llegar a producir rechazo hacia el bebé.

Factores socio-culturales: el apoyo de sus familiares, el nivel cultural, económico e incluso la religión que practican puede llegar a ser una “situación de riesgo” para desencadenar la enfermedad. ⁽⁶⁾ A su vez, sin apoyo de un entorno familiar estable, la maternidad solitaria puede producir altos niveles de ansiedad, pudiéndose ver afectado de esta manera el vínculo materno-filial.

- **Factores relacionados con la asistencia hospitalaria:** uno de los pilares fundamentales para la correcta recuperación de la madre con Depresión postparto, es la confianza que pueda recibir del equipo sanitario que la ayuda a afrontar esta nueva etapa. ⁽¹⁰⁾ Como hemos dicho anteriormente, la madre puede creer que el niño recibe más cuidados que ella, el equipo sanitario debe hacer ver a la madre que es igual de importante que este, prestándole la máxima atención en sus cuidados.
- **Factores relacionados con el parto:** Según diferentes estudios se ha podido comprobar que las mujeres que tienen parto natural sufren menos Depresión



postparto que las mujeres que tienen un parto por cesárea. ⁽¹⁰⁾ El riesgo que produce la operación, y la afectación de su autoimagen tras la cirugía (por la incisión quirúrgica) afectan de manera notable a la estabilidad psicológica de la madre. Además, la recuperación postparto en una cesárea no es la misma que de un parto normal, puesto que la movilidad o la atención que pueda dar la madre a su hijo no es la misma.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Primero realizaré una Valoración según las 14 Necesidades de Virginia Henderson de una mujer postparto (tras cesárea) y más adelante desarrollaré dos de ellas, basadas en la esfera psicosocial.

Tabla 1 Valoración 14 Necesidades

| |
|---|
| 1. <u>Respira Normalmente</u> |
| Sin alteración. |
| 2. <u>Comer y beber</u> |
| Alteración: <ul style="list-style-type: none"> • [00104] Lactancia Materna Ineficaz. • [00216] Leche Materna Insuficiente |
| 3. <u>Eliminación</u> |
| <ul style="list-style-type: none"> • [00011] Estreñimiento. • [00016] Deterioro de la eliminación Urinaria. |
| 4. <u>Movilización</u> |
| Alteración: <ul style="list-style-type: none"> • [00238] Deterioro de la bipedestación. |
| 5. <u>Reposo/sueño</u> |
| Alteración: <ul style="list-style-type: none"> • [00198] Trastorno del patrón del sueño. |
| 6. <u>Vestirse</u> |
| Sin alteración. |
| 7. <u>Temperatura</u> |
| Sin alteración. |
| 8. <u>Higiene y piel</u> |



| |
|---|
| Alteración: <ul style="list-style-type: none">• [00044] Deterioro de la integridad tisular. |
| 9. <u>Evitar peligros/Seguridad</u> |
| <ul style="list-style-type: none">• [00004] Riesgo de Infección.• [00132] Dolor Agudo.• [00146] Ansiedad.• [00177] Estrés por sobrecarga.• [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo.• [00060] Interrupción de los procesos familiares.• [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros.• [00141] Síndrome Postraumático.• [00140] Riesgo de violencia autodirigida.• [00150] Riesgo de suicidio. |
| 10. <u>Comunicarse con otros, expresar emociones...</u> |
| Alteración: <ul style="list-style-type: none">• [00223] Relación ineficaz.• [00058] Riesgo de deterioro de la vinculación.• [00054] Riesgo de soledad.• [00063] Procesos familiares disfuncionales.• [00069] Afrontamiento ineficaz. |
| 11. <u>Creencias y valores</u> |
| Alteración: <ul style="list-style-type: none">• [00175] Sufrimiento moral. |
| 12. <u>Trabajar/Realizarse</u> |
| Alteración de la función cognitiva: <ul style="list-style-type: none">• [00120] Baja autoestima situacional.• [00210] Deterioro de la resiliencia.• [00055] Desempeño ineficaz del rol.• [00056] Deterioro parental.• [00064] Conflicto del rol parental.• [00118] Trastorno de la imagen corporal. |



| |
|-----------------------------|
| 13. <u>Recrearse</u> |
| Sin alteración. |
| 14. <u>Aprender</u> |
| Sin alteración. |

[00055] DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL:

Definición: “*Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas*”.⁽¹⁹⁾

Dominio 7: Rol/Relaciones

Clase 3: Desempeño del Rol.

Necesidad 12: trabajar/realizarse.

Patrón 8: Rol-Relaciones.

Características definitorias:

- Adaptación al cambio ineficaz.
- Alteración de la percepción del rol.
- Ambivalencia del rol.
- Ansiedad.
- Apoyo externo insuficiente para la asunción del rol.
- Autogestión insuficiente.
- **Depresión postparto.**
- Ejecución inefectiva del rol.
- Motivación insuficiente.
- Pesimismo.

Factores relacionados:

- Alteración de la imagen corporal.
- Autoestima baja.
- Vinculación inapropiada con el sistema sanitario.



Tabla 2 Objetivos e Intervenciones; NANDA [00055]

| NOC | NIC |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - [2211] Desempeño del rol de padre. - [1402] Autocontrol de la ansiedad. - [2904] Desempeño del rol de padres: niño pequeño. - [2013] Equilibrio en el estilo de vida. - [1209] Motivación. - [1409] Autocontrol de la depresión. - [1205] Autoestima. - [1200] Imagen corporal. - [1504] Soporte Social. | <ul style="list-style-type: none"> - [5370] Potenciación de roles. - [7040] Apoyo al cuidador principal. - [5440] Aumentar los sistemas de apoyo. - [5330] Control del estado de ánimo. - [8300] Fomentar el rol parental. - [5395] Mejorar la autoconfianza. - [5400] Potenciación de la autoestima. - [5430] Grupo de apoyo. - [7150] Terapia familiar. - [6450] Manejo de las ideas delirantes. - [5220] Mejora de la imagen corporal. - [7400] Orientación en el sistema sanitario. |

[00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:

Definición: “confusión en la imagen mental del yo físico”.⁽¹⁹⁾

Dominio 6: Auto percepción.

Clase 3: Imagen corporal.

Necesidad 12: Trabajar/realizarse.

Patrón 7: Auto percepción-auto concepto.

Características definatorias:

- Alteración de la estructura corporal.
- Alteración de la visión del propio cuerpo.
- Centra la atención en la apariencia anterior.
- Evita mirar el propio cuerpo.
- Oculta una parte del cuerpo.
- Preocupación por el cambio.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.



Tabla 3 *Objetivos e Intervenciones; NANDA [00118]*

| NOC | NIC |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - [1200] Imagen corporal. - [1205] Autoestima. - [1215] Conciencia de uno mismo. - [2013] Equilibrio en el estilo de vida. - [1202] Identidad. - [1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado. - [1627] Conducta de pérdida de peso. - [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida. | <ul style="list-style-type: none"> - [5220] Mejora de la imagen corporal. - [5400] Potenciación de la autoestima. - [5270] Apoyo emocional. - [5240] Asesoramiento. - [5440] Aumentar los sistemas de apoyo. - [5820] Disminución de la ansiedad. - [5430] Grupo de apoyo. - [1260] Manejo del peso. - [5230] Mejorar el afrontamiento. - [5450] Terapia de grupo. - [5880] Técnica de relajación. - [5100] Potenciación de la socialización. - [4700] Restructuración cognitiva. |

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS CUIDADOS?:

En el ámbito hospitalario, sólo podríamos actuar con una mujer en el puerperio inmediato, por lo que probablemente el desarrollo de dicha patología no se ve claramente. Pero en el ámbito de atención primaria la actuación puede ser muy extensa. Para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros se pueden llevar a cabo las siguientes actividades:

- Conocer el caso y tratar siempre a la persona por su nombre.
- Individualizar los cuidados. Separar los cuidados de la madre de los del niño con el fin de que esta se sienta protegida e importante para nosotros.
- Explicar técnicas de relajación en el postparto:
 - Yoga: existen diferentes estudios que demuestran que practicar Yoga en el postparto ayuda a reducir la ansiedad y el estrés y a controlar la depresión.⁽²⁰⁾
- Ofrecer apoyo: la confianza en el personal sanitario es fundamental.



- Ofrecer la realización de terapia familiar. A muchas madres con depresión postparto se les recomienda que acudan a terapia con otras madres en su situación, normalizar el proceso las ayuda a superarlo más fácilmente.⁽²¹⁾
- Normalización del proceso: las madres con depresión postparto tienen una ansiedad añadida al sentirse enfermas, sienten que no pueden llevar la maternidad como ellas esperaban y nosotros no podemos culparlas de ello, es más, normalizando el proceso conseguiremos una mejor evolución.
- El ritmo de recuperación de peso debe marcarlo la madre, nunca debemos forzar ya que se encuentran en una etapa compleja, y la imagen corporal de la madre puede ser un factor desencadenante de la enfermedad. Hay que demostrarles que se puede conseguir el objetivo, pero siempre con tranquilidad y sin presión.
- **EDUCACION PARA LA SALUD** pre y postparto.



CONCLUSIÓN:

A pesar del gran número de medios de comunicación e información de los que disponemos hoy en día, aún la Depresión postparto es un término desconocido para los profesionales sanitarios, a la hora de diagnosticar o buscar un tratamiento adecuado. Muchas de ellas pasan desapercibidas debidas a este desconocimiento.

No sólo debe conocerse la patología en sí, si no qué factores de riesgo y aspectos psicológicos la desencadenan, así como las herramientas diagnósticas que se utilizan hoy en día y las terapia y tratamientos para tratarla. Por medio de la Educación para la Salud, sobre todo, podemos llegar a disminuir la prevalencia de esta enfermedad, así como conseguir los tratamientos más eficaces a corto plazo. Sólo debemos utilizar las herramientas que conocemos ahora (después de la realización de este trabajo) y así realizar unos cuidados de máxima calidad a nuestros pacientes.



AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor José Luis Viaña Caballero por su ayuda, su apoyo y por permitirme adaptar el tema a mis preferencias, ya que sin sus indicaciones hubiera sido imposible la realización del Trabajo de Fin de Grado.

De igual forma quiero agradecer a todos aquellos profesores y profesionales que me han acompañado a lo largo de mi formación universitaria, ellos han contribuido en mi enseñanza como persona y como futura enfermera.

Por último, agradecer a mi familia, su apoyo durante estos 4 años de carrera, siempre han tenido las palabras exactas en todo momento y sin ellos hoy no hubiera llegado tan lejos.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Salud OMS. OMS. [Internet].; 2017 [citado 2017 Diciembre 12. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
2. Arranz Lara L, Ruiz Ornelas J, Aguirre Rivera W, Carsi Bocanegra E, Ochoa Madrigal G, Camacho Díaz M. Modelo de intervención temprana en la depresión postparto en un hospital de tercer nivel: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas; 2012.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorders: results from the National Comorbidity Survey Replication. In Association. 2003. P 3095-3105.
4. Anónimo. Deconceptos. [Internet]; 2017 [citado 2017 Mayo 5. Disponible en: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/tristeza>.
5. Miller LJ. Postpartum depression Estudio. JAMA. 2002.
6. Alonso Saravia LA. La depresión, un intento de síntesis. Eolas ediciones.
7. Shear MK, Mammen O. Anxiety disorders in pregnant and postpartum women; 1995.
8. K Burt V. C. Hendrick V. Manual clínico de salud mental de la mujer: Ars Médica; 2007.
9. O' Hara MW. Postpartum depression: causes and consequences; 1995.
10. O' Hara MW, Swain A. Rates and risk of postprtum depression, a meta-analysis: International Review of psychiatry; 1996.
11. Hammen C, Brennon PA, Andersen MJ. Chronicity, severity and timind of maternal depressive symptoms, and cytochrome p450genotypes: J. Clin Psychiatry; 2004.
12. La depression postparto no es como las demás. La Razón. 2017 Enero.
13. Lyons-Ruth K, Wolfe R, Lyubchik A. Depressive symptoms in parents of children under afe three: sociodemographic predictors, currect correlates and associates parenting behaviors children Cfpwy, editor. Nueva York: Cambridge University; 2002.
14. Calesso Moreira M. Debido al impacto emocional que supone la enfermedad y hospitalización en el niño y en su familia, para el personal de enfermería



- constituyen un reto muy importante los aspectos psicológicos en ambos.
Barcelona: Departamento de psicología clínica y de salud; 2007.
15. Olza D. Holistika. [Internet].; 2006 [acceso 2017 Marzo 2018. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/la_cesarea/aspectos_psicosociales_del_parto_por_cesarea.asp.
 16. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Perrero M. Depresión postparto: un estudio exploratorio en una muestra de mujeres valencianas.: Revista de psicopatología y psicología clínica; 2001.
 17. Guía infantil. [Internet].; 2017 [acceso 2017 Mayo 9. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/depresion/10-ideas-para-superar-la-depresion-posparto/>
 18. Salud SA. Hospital Universitario Virgen de las nieves. [Internet].; 2015 [acceso 2017 Mayo 5. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf.
 19. Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrejos K, Quiñones Meza E, Ruiz Sercovic K, Miñano K. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Perú: Revista de Perú de Pediatría; 2007.
 20. Herdman TH. NNNConsult. [Internet].; 2014 [acceso 2017 Mayo 9. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/>
 21. Borrás C. Bienestar emocional. [Internet].; 2015 [acceso 2017 Mayo 9. Disponible en : <http://www.bienestaremocional.org/2015/07/depresion-postparto-2/>.
 22. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders: World Psychiatry; 2004.



ANEXOS:

ANEXO 1: ESCALA DE EDIMBURGO:

Instrucciones De uso:

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

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

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

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

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



Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.



ANEXO 2: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

| A | B |
|--|---|
| A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? | B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? |
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente? | B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo? | B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? | B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? | B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |
| A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? | B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente? |
| <input type="checkbox"/> No, en absoluto | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> No más que lo habitual | <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. |



| C | D |
|---|--|
| C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? | D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? |
| <input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |
| C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? | D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? |
| <input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |
| C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? | D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? |
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |
| C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? | D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"? |
| <input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |
| C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? | D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? |
| <input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual | <input type="checkbox"/> No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual | <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |
| C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar | D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y |



ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Instrucciones de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígame al paciente que, si está



seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .



- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.



10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.



- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.



21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.