



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

*Trabajo Fin de Grado*

**Plan de cuidados estandarizado para el abordaje de  
la depresión postparto**

Postpartum depression standardized care plan



Autora: Carolina Agüero Alonso  
Tutora: Mercedes Lázaro Otero  
Curso académico 2020-2021

## AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición”.

“Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo”.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
2.1	<i>OBJETIVO GENERAL</i> .....	5
2.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</i> .....	5
2.3	<i>METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</i> .....	5
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
3.1	<i>DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA</i> .....	6
3.2	<i>EPIDEMIOLOGÍA</i> .....	7
3.3	<i>FACTORES DE RIESGO</i> .....	7
3.4	<i>CUADRO CLÍNICO</i> .....	9
3.5	<i>DETECCIÓN</i> .....	9
<b>4</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS</b> .....	<b>10</b>
4.1	<i>CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS</i> .....	10
4.2	<i>EDIMBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)</i> .....	11
4.3	<i>DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS</i> .....	11
4.3.1	<i>VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON</i> .....	12
4.3.2	<i>DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES</i> .....	14
4.3.3	<i>COMPLICACIONES POTENCIALES</i> .....	26
<b>5</b>	<b>PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.</b> .....	<b>28</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>30</b>
<b>8.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>35</b>

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La depresión postparto es un trastorno mental que cuenta con una incidencia mundial de entre el 10-20% y afecta a una de cada diez mujeres tras el parto.

El presente trabajo de fin de grado recoge, a través de los lenguajes estandarizados NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC), un plan de cuidados estandarizado a través del cual proporcionar a las mujeres que sufren depresión postparto, unos cuidados humanizados de calidad mediante la aplicación del razonamiento crítico enfermero. Se emplea la perspectiva bifocal de práctica clínica de Lynda Carpenito, que incluye los diagnósticos de enfermería como problemas independientes, y las complicaciones potenciales, como problemas interdependientes (1).

Mediante una revisión bibliográfica de la patología postparto, y la obtención de datos objetivos acerca de las personas que lo padecen, se ha realizado una valoración holística a la mujer durante el periodo postparto. La valoración se basa en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, que considera a la persona como un todo complejo con 14 necesidades básicas.

Palabras clave: "Depresión", "Posparto", "Periodo posparto", "Partería" e "intervenciones enfermeras".

### ABSTRACT AND KEY WORDS

Postpartum depression is a mental disorder that has a world incidence between the 10 and the 20% and that affects one out of ten women after giving birth.

The present final dissertation compiles, through the use of the standardized languages NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Intervention Classification (NIC), a standardized care plan through which the goal is to provide women that suffer of postpartum depression with humanized cares by the implementation of a critical nurse reasoning. The bifocal perspective of the clinical practice of Lynda Carpenito is employed, that includes the nursing diagnoses as independent problems, and the potential complication, as interdependent problems.

Through a bibliographical revision of the postpartum pathology, and the obtention of objective data about people that suffer from it, a holistic valuation has been made to women during the postpartum period. The evaluation is based in the care model developed by Virginia Henderson, that considers the person as a complex whole with 14 basic necessities.

Key words: "Depression", "Postpartum", "Postpartum period", "Midwifery" and "Nursing Interventions".

## 2. INTRODUCCIÓN

El puerperio es uno de los momentos en la vida de la mujer en el que es más vulnerable a la aparición de depresión. Según el Dr. Octavio Peralta (1996), el puerperio se conoce como *“periodo de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente seis a ocho semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno”*(2).

Asimismo, para las mujeres, el embarazo y el puerperio son periodos de importantes cambios a nivel biológico, psicológico e interpersonal, y a pesar de la idealización social de la maternidad, es común la aparición de tristeza e inquietud (3). No obstante, tales sentimientos, si se alargan en el tiempo, pueden diferir de la normalidad y convertirse en un trastorno depresivo: la depresión postparto, que condiciona la calidad de vida de las mujeres y afecta en las actividades funcionales y del día a día (4).

Actualmente, la depresión postparto se trata de un trastorno mental altamente frecuente, con una incidencia mundial de entre el 10 y el 20 % (5,6). Ante este porcentaje y teniendo en cuenta la repercusión que esta patología podría tener tanto para la madre como para el bebé, queda manifestada la necesidad de ser tratada multidisciplinariamente por los profesionales sanitarios y en concreto, destacando la figura de la matrona, por ser la responsable de la evolución y seguimiento de la mujer durante el embarazo y puerperio (7).

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Visibilizar y explicar la patología de la depresión postparto y describir el papel de la enfermería en el cuidado de los pacientes que lo padecen.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promocionar el seguimiento y atención de la mujer durante el puerperio y así identificar los factores de riesgo de la depresión postparto y prevenir sus complicaciones.
- Determinar el conjunto de necesidades básicas de la mujer con depresión postparto.
- Diseñar un Plan de cuidados estandarizado con el que los profesionales de enfermería puedan llevar a cabo la planificación de los cuidados.

### 2.3 METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La metodología de este plan de cuidados se ha desarrollado bajo el proceso de la Enfermería basada en la evidencia (EBE) con el fin de mejorar la efectividad de los cuidados en la práctica enfermera.

Para llevar a cabo la estrategia de búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave en términos MeSH (*Medical Subject Headings*) : *“Depression”, “Postpartum”, “Postpartum period”, “Midwifery” y “Nursing Interventions”* y en términos DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*): *“Depresión”, “Posparto”, “Periodo posparto”, “Partería” e “Intervenciones enfermeras”*, relacionándolos entre sí a través de los operadores booleanos *“AND”, “OR” y “NOT”*.

Para la revisión bibliográfica se han consultado, a partir del acceso remoto de la Universidad de Cantabria, las siguientes bases de datos electrónicas: *NNNConsul: NANDA, NOC, NIC, PubMed, Google Académico, Cuiden, Dialnet, MedlinePlus y Cochrane*, y además, se ha contado con el material aportado por la biblioteca de la Facultad de Enfermería de la UC, en este caso libros de texto de la sección de metodología.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

La depresión postparto es definida por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (MSD-V) como “la presencia de síntomas depresivos (Anexo 1) que duran más de dos semanas después del parto, y que interfieren con las actividades de la vida diaria “(4).

Puede comenzar en cualquier momento dentro del primer año de haber dado a luz, siendo más común en las primeras seis semanas tras el parto. Su inicio es típicamente insidioso, y aunque su etiología exacta es desconocida, se relaciona con patología depresiva previa, cambios hormonales durante el puerperio, susceptibilidad genética y privación del sueño (8).

A nivel biológico, los cambios hormonales del embarazo y el puerperio, tienen una importante repercusión en el estado de ánimo de las mujeres (9).

En especial, la desregulación del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA), que ajusta la secreción de cortisol para el manejo del estrés, y el decremento de los niveles de oxitocina, relacionado en este caso con la lactancia y el apego madre-bebé, ha demostrado ser significativo para la etiología depresiva en el periodo postparto (9).

Además, los cambios en las hormonas esteroides, tienen también un papel importante; como se observa en la imagen 1, los niveles de progesterona disminuyen días antes del parto, y los de estradiol caen drásticamente tras el postparto inmediato, siendo relacionado este último factor, con una disminución de la serotonina y detrimento del estado de ánimo (9).

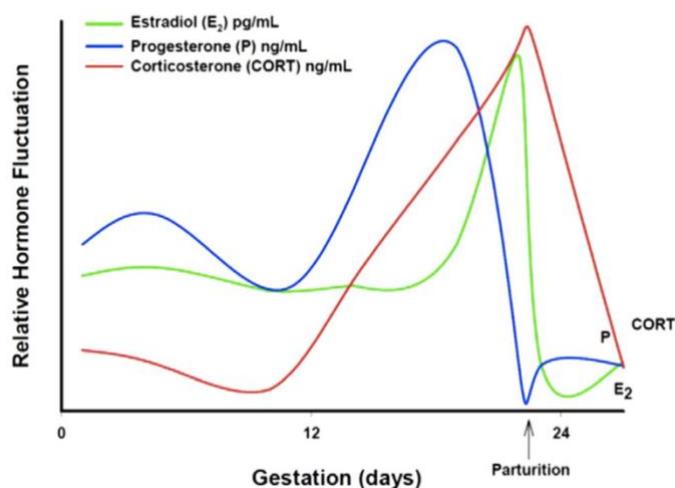


Figura 1: Cambios hormonales durante el embarazo y el postparto (9).

No obstante, para una etiología completa y holística en la mujer, algunos autores como Lara-Cinosomo (2016), postulan modelos biopsicosociales, demostrando la importancia de incluir los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales para explicar la depresión postparto (10).

Comentada la susceptibilidad de la mujer en padecer patología depresiva durante el puerperio, este periodo abarca además otros trastornos psiquiátricos, de entre los que cabe destacar y diferenciar los siguientes (4,11,12):

- Postpartum Blues o depresión leve: Estado transitorio, que suele durar de dos a tres días, hasta dos semanas, afectando al 50% de las mujeres puérperas. De sintomatología leve, destacan episodios de llanto y labilidad emocional, y no requiere tratamiento.

- Psicosis Postparto: Patología psiquiátrica que afecta al 0,2% de las puérperas y presenta una alta tasa de filicidio (4,5%). Suele iniciarse entre los 2-14 días después del parto, cursando con escasa conciencia de enfermedad. Entre su sintomatología destacan alucinaciones, delirios, confusiones, insomnio o fatiga.

### 3.2 EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente, el análisis de prevalencia de la depresión postparto a nivel global se ve comprometido por limitaciones como la falta de estudios en países de bajos ingresos, y las diferencias entre las metodologías empleadas en cada estudio. Sin embargo, varias fuentes estiman una incidencia mundial de entre el 10 % y el 20%, afectando a una de cada 10 mujeres, y siendo la patología más común en el puerperio (5,6).

Por su parte, El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) estima que entre el 5% y el 25% de las mujeres sufren depresión postparto (13), siendo uno de los factores de riesgo que contribuyen al suicidio y homicidio materno, ambos importantes contribuyentes a la mortalidad materna (14).

### 3.3 FACTORES DE RIESGO

Tras la revisión bibliográfica sobre los factores asociados a la depresión postparto, y teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial que rodea a la mujer, se clasifican los factores de riesgo en cinco dominios: factores psicológicos, factores obstétricos, factores biológicos, factores sociales y factores del estilo de vida.

#### Factores psicológicos.

Los antecedentes y presencia de patología relacionada con la salud mental, en especial la historia previa de depresión y ansiedad, son los factores asociados con mayor riesgo de depresión postparto (DPP), también cuando la aparición de los mismos es en el periodo gestacional, principalmente la depresión (15).

Es importante destacar la actitud de la mujer hacia el embarazo y puerperio, pues su forma de gestionar ambos momentos condicionará la presencia de tales patologías, destacando como factores contribuyentes: el desajuste de expectativas de la madre con respecto a los eventos del embarazo y puerperio, el embarazo no deseado, la violencia sexual, la baja autoestima, el aumento del estrés, el deseo de parto natural que termina en cesárea o la renuencia al sexo del bebé (16).

También se ha encontrado evidencia que relaciona como factor de riesgo el Síndrome Premenstrual (SPM), pues en mujeres con un SPM grave, se producen alteraciones en el transporte de la serotonina, asociadas con la depresión (17).

#### Factores obstétricos.

El embarazo de riesgo y las complicaciones durante el parto o en el puerperio, están asociados con un mayor riesgo de depresión postparto (18)

De manera que la hospitalización en el embarazo o las condiciones que inducen una cesárea de urgencia, dentro de los embarazos de riesgo; y las complicaciones en el parto como hemorragias obstétricas, el prolapso del cordón umbilical y el paso de meconio, conducen a un desajuste emocional en las expectativas y emociones de la madre, influyendo en los factores de riesgo psicológicos de la misma (18).

Además, el bajo peso del bebé al nacer (<1500g), por su implicación como factor estresante en la adaptación temprana del rol parental y vida diaria, ha demostrado ser también un factor de riesgo en la depresión postparto (19).

Por otro lado, algunos estudios (20,21) avalan el factor protector de la lactancia materna por una mayor interacción entre el bebé y la madre.

#### Factores biológicos.

La edad a la que se produce el embarazo es significativa en la incidencia de depresión tras el parto. Así, en edades tempranas, de 13 a 19 años, se reporta el nivel más alto de depresión, siendo el más bajo en mujeres entre 31 a 35 años (18).

Asimismo, complicaciones en el embarazo, como la diabetes gestacional, manifestada por niveles altos de glucosa en sangre (Igual o mayor de 140 mg/dl) tras la prueba diagnóstica, "Test de O'Sullivan", es predisponente de riesgo (18).

Por otra parte, los niveles de serotonina y triptófano en sangre se ven también relacionados con trastornos del estado de ánimo y depresión. La serotonina se sintetiza a través de una ruta enzimática del aminoácido triptófano, y de ello depende en gran medida la dieta del individuo, manifestando en deficiencias nutricionales una reducción del triptófano cerebral. Otra hormona, la oxitocina, también implicada en la actividad de los receptores de la serotonina reduciendo la respuesta al estrés, es importante en la regulación emocional de la mujer. En este caso, su aumento a través de la lactancia, contacto madre-bebé y la generación de sentimientos positivos, actúa como un factor protector (18).

El déficit o ausencia de estrógeno, relacionado a nivel del hipotálamo con el control del sueño, se asocia también con la depresión después del parto (18).

#### Factores sociales.

Los factores socioeconómicos y familiares, son los más comprometidos al evaluar la calidad de vida en las puérperas (22).

La situación laboral de la mujer, ingresos y educación, guardan una importante relación con el nivel socioeconómico de la misma. Así, mujeres con carreras profesionales, tienen menor riesgo de depresión, viéndose aumentado con el bajo nivel educativo y pocos ingresos. Además, estos factores influyen en los recursos disponibles, que afectan directamente al bebé, y psicológicamente a la madre con la aparición de sentimientos como la baja autoestima y autoeficacia, culpabilidad e impotencia (18,22).

Asimismo, la relación con la familia es fundamental en esta etapa, convirtiéndose en importantes pilares la satisfacción ante el nacimiento y la configuración familiar (18,22).

Por otra parte, la violencia conyugal, sexual y otras formas de violencia durante el embarazo contribuyen a la incidencia de depresión en el puerperio (18,22).

#### Factores del estilo de vida.

Los patrones de alimentación, estado del sueño, actividad y ejercicio físico, son los factores modificables con más importancia en el puerperio (18).

Se conoce que el consumo suficiente de nutrientes y llevar a cabo una alimentación equilibrada, puede reducir la depresión postparto (18).

Además, durante el puerperio, la mujer está expuesta a numerosos factores estresantes que dificultan un descanso y sueño óptimo, encontrando evidencia entre las pocas horas dormidas y tasas de fatiga, con la depresión en los días posteriores al parto. Por su parte, la actividad física moderada, tanto en el embarazo como en el puerperio, demuestra tener efectos beneficiosos para la salud física y mental (18).

Es importante mencionar que los hábitos tóxicos, como el tabaco y el alcohol, son fuertes factores de riesgo para la depresión y otras complicaciones postparto (18,22).

### 3.4 CUADRO CLÍNICO

El puerperio es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto. Se trata para la mujer, de una etapa de adaptación a una situación completamente nueva, donde es habitual que aparezcan sentimientos y emociones variados, y a menudo contradictorios, como tranquilidad y angustia, felicidad y tristeza, entre otros. Sin embargo, el entorno estresante caracterizado por molestias postparto, inseguridad en el cuidado del bebé, nuevas responsabilidades, o discrepancia entre la información recibida por parte de los profesionales y personas cercanas, puede alterar el estado anímico, llegando en ocasiones a devenir una enfermedad mental (7).

La sintomatología de la Depresión Postparto puede comenzar en cualquier momento tras haber dado a luz, ya sea días, semanas, meses o hasta un año después, siendo síntomas principales los correspondientes al DSM IV para el trastorno depresivo, adaptados bajo el contexto biopsicosocial que supone el puerperio (4,23).

De acuerdo con la bibliografía consultada (4,23,24), se recoge la sintomatología de la Depresión Postparto en la siguiente tabla de elaboración propia:

#### *Síntomas en la depresión postparto*

- Sentimientos de tristeza.
- Llanto persistente.
- Anhedonia o disminución del interés y placer por casi todas las actividades.
- Falta de ganas de realizar las tareas cotidianas.
- Cansancio o fatiga crónica.
- Problemas en la concentración, atención y memoria.
- Cambios en los patrones del sueño y alimentación.
- Irritabilidad.
- Preocupación excesiva, ansiedad o pánico.
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz.
- Auto desvalorización, generalmente relacionada a su competencia como madre.
- Pérdida de interés en cuidarse.
- Dificultad para buscar ayuda y apoyo para sí misma.
- Aislarse de amigos y familiares.
- Excesiva o insuficiente preocupación por el bebé.
- Dificultad en el apego con el bebé.
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo.
- Dificultad en el cuidado del recién nacido.
- Conductas compulsivas y pensamientos obsesivos, relacionados con el hijo y su cuidado.
- Pensamientos de dañarse así misma o al bebé.
- Sentimientos de culpa.

### 3.5 DETECCIÓN

El colegio Americano de obstetras y ginecólogos recomienda *“identificar mujeres embarazadas y mujeres postparto con depresión, porque la depresión postparto no tratada y otros trastornos del ánimo pueden tener efectos devastadores”*(13).

A pesar de ello, la depresión postparto sigue siendo una patología poco diagnosticada en la práctica, encontrando de entre los motivos principales: el todavía estigma asociado a la depresión maternal, la falta de tiempo y recursos, la similitud de los síntomas depresivos con

los síntomas del embarazo, el entrenamiento insuficiente de los equipos de salud en la detección de síntomas y factores de riesgo, y la falta de instrumentos específicos en ciertas poblaciones o situaciones (25).

En España, son varias las herramientas existentes destinadas a la detección de la depresión postparto. Una de ellas consiste en dos preguntas de despistaje incluidas en la GPC del NICE, que se formulan de la siguiente manera (26):

- “Durante el último mes, ¿ se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”

Si la respuesta a estas dos preguntas es “sí”, se recomienda hacer una tercera pregunta: “¿Cree que este sentimiento requiere de apoyo o ayuda?” (26).

No obstante, aunque la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio de 2014* (26), evidencia que estas preguntas muestran un buen rendimiento a la hora de descartar la patología en las mujeres que contestan negativamente, cuenta con un alto porcentaje de falsos positivos entre las que contestan afirmativamente; concluyendo con un grado de recomendación débil (26).

Otros instrumentos de detección de la depresión postparto son: *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, *Beck Depression Inventory*, *Postpartum Depression Screening Scale*, *General Health Questionnaire* o *Zung’s Self-rating Depression Scale*. Tras varios estudios en los que se valora el rendimiento de los mismos, la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio de 2014* (26), recomienda la utilización de la escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* por ser la más evaluada para el diagnóstico de la depresión postparto y por obtener un mejor rendimiento para la detección de mujeres con dicha patología. La escala dispone de una versión validada en español (Anexo 2)(26).

De esta manera, la recomendación de la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio de 2014* (26) y del *Protocolo de atención al embarazo y puerperio del SCS de 2017* (27) para la detección temprana de depresión después del parto, es la de realizar inicialmente a todas las púerperas las dos preguntas de despistaje mencionadas anteriormente, y en caso de ser ambas afirmativas, aplicar la EPDS (Anexo 2). Esta escala puede aplicarse tanto en el embarazo como en el puerperio, pero ambas fuentes sugieren utilizarla a las 6-8 semanas postparto por coincidir con el periodo de máxima incidencia de la depresión postparto, y además así, diferenciarlo de otros síntomas propios del puerperio. Puede repetirse a lo largo del primer año (26, 27).

## 4 PLAN DE CUIDADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS

“Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones”(28). En el caso que compete a este trabajo, se ha llevado a cabo un plan de cuidados estandarizado bajo el modelo bifocal de práctica clínica de Lynda Carpenito, que sitúa al paciente como el centro de la atención, e identifica los problemas independientes (diagnósticos de enfermería) e interdependientes (problemas de colaboración) para la estandarización científica y metodológica de los cuidados enfermeros (1).

Población a la que va dirigida: El presente plan de cuidados estandarizado se encuentra dirigido a las mujeres en edad fértil que experimentan depresión postparto; selección basada en la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)(Anexo 2).

Para su desarrollo, se ha llevado a cabo la valoración estandarizada de la mujer con depresión postparto según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. De acuerdo con este modelo, Virginia Henderson define a la enfermera como profesional independiente, que a través de sus actividades asistenciales, investigadoras, docentes o gestoras, busca satisfacer las 14 necesidades básicas de la persona (29).

Además, compatible con el proceso enfermero y buscando la aplicación del razonamiento crítico de los cuidados a la práctica asistencial, la valoración holística de la mujer con depresión postparto se acompaña del desarrollo de los diagnósticos enfermeros, objetivos y actividades, formulados a partir de las taxonomías *NANDA-I*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* y *Nursing Intervention Classification (NIC)*(30,31,32,33).

#### 4.2 EDIMBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

La Edimburg postnatal depression scale (EPDS), en español: escala de depresión postparto de Edimburgo (Anexo 2) es un cuestionario que se creó hace más de treinta años para ayudar a los profesionales sanitarios en la detección de la depresión postparto (34).

Su origen se remonta hace cincuenta años, cuando Brice Pitt publicó su artículo “*Atypical depression following childbirth*” en el *British Journal of Psychiatry*, siendo el primero en desarrollar un cuestionario para detectar a las mujeres deprimidas después del parto. Inspirados por la investigación de Pitt, más adelante, se realizó un estudio de perimorbilidad psiquiátrica natal en mujeres en Uganda, y un estudio prospectivo en Edimburgo, ambos utilizando el modelo estructurado de la entrevista psiquiátrica (34).

La escala de depresión postparto de Edimburgo es la más utilizada en la práctica clínica y en investigación para la depresión postparto, se encuentra traducida en cincuenta idiomas, y ha demostrado ser una prueba diagnóstica con exactitud moderada (13,35).

Se puede aplicar tanto en el embarazo como en el puerperio, pero la recomendación de la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* de 2014(26) es de emplearla en las seis primeras semanas tras el parto “*para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión en las mujeres*” (26).

La escala cuenta con diez afirmaciones, y cada una con cuatro opciones, de manera que se le solicitará a la mujer entrevistada que escoja la alternativa más similar a la manera en la que se ha sentido en los últimos siete días (36).

Será importante asegurar que el test se ha realizado de manera correcta, completando las diez afirmaciones con una única respuesta en cada una, y que ha sido contestado por la puérpera en cuestión, aportándole intimidad y confianza, y procurando que no comente las respuestas con otras personas (27).

En relación a la evaluación del cuestionario, las respuestas puntúan 0, 1, 2 o 3 según la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (36). Una vez sumados todos los puntos, a mayor puntuación sugiere mayor probabilidad de desarrollar depresión, considerando como referencia una puntuación de más de 12 puntos según la “*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*” de 2014 (26). Si una mujer obtiene más de 12 puntos en la EPDS, se derivará el caso a la Unidad de Salud Mental y si obtiene cualquier puntuación distinta de 0 en la pregunta número 10, requerirá evaluación especializada en 24 horas (26,27).

#### 4.3 DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

En su libro *Aplicación del proceso enfermero* (2014), Rosalinda Alfaro-LeeFevre define el proceso enfermero como “*un modelo de pensamiento crítico que promueve el nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de toma de decisiones*”(37). Así, las enfermeras pueden aplicar el

razonamiento clínico y el pensamiento crítico a la práctica asistencial, y basar sus cuidados en la evidencia, buscando la calidad, eficacia y humanización (37).

Se trata de un ciclo dinámico, que no tiene establecidos un principio y un final, y cuenta con cinco etapas: “*valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación*”(37).

#### 4.3.1 VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Siguiendo con el proceso enfermero, se desarrolla a continuación la etapa dirigida a la valoración. Según Rosalinda Alfaro-LeFevre en su libro *Aplicación del proceso enfermero* (2014), esta fase tiene por objetivo “*predecir, detectar, prevenir y gestionar los problemas de salud reales y potenciales, promover la salud, independencia y bienestar óptimos, y aclarar los objetivos esperados*”(37).

La valoración que sigue, ha sido basada en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, que considera a la persona como un todo complejo con catorce necesidades básicas (29). De esta manera, a partir de una revisión bibliográfica de la patología depresiva en el puerperio, se ha desarrollado cada necesidad buscando alteraciones significativas y prioritarias, para configurar los diferentes diagnósticos enfermeros y complicaciones potenciales.

##### Respirar normalmente.

Necesidad no alterada por definición. Se individualizará el caso atendiendo a las características particulares de cada mujer, y así se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo y adaptado a cada paciente.

##### Comer y beber adecuadamente.

La alteración de esta necesidad se relaciona principalmente con la lactancia materna. A menudo, sentimientos característicos de la depresión postparto como anhedonia, sensación de incapacidad, dificultad en el apego con el bebé o preocupación excesiva, afectan al momento de la lactancia, siendo ineficaz. Será valorado a través de la tabla de *signos de adecuada postura y agarre y de amamantamiento eficaz /ineficaz* (Anexo 3)(4,23,24).

En cuanto a la alimentación de la mujer, en la depresión postparto suelen aparecer cambios en el patrón alimentario, sobretodo por defecto, debido a un consumo insuficiente de nutrientes. Se valorará individualizando el caso a través de una entrevista clínica y del valor determinado por el IMC (Anexo 4)(4,23,24).

##### Eliminar por todas las vías corporales.

Necesidad no alterada por definición. Se individualizará el caso atendiendo a las características particulares de cada mujer, y así se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo y adaptado a cada paciente.

##### Moverse y mantener posturas adecuadas.

El ejercicio y la actividad física son acciones relacionadas con la salud de las personas, potenciando con su realización y constancia, el bienestar físico y mental (4,23,24).

La depresión postparto, se caracteriza clínicamente por una falta de ganas y motivación en realizar las actividades lúdicas y del día a día, que sumado al cansancio y debilidad que sufre la mujer, conduce a un estilo de vida sedentario (4,23,24).

##### Dormir y descansar.

La alteración de esta necesidad es especialmente característica en la depresión postparto.

El puerperio es un periodo lleno de incertidumbre y retos para la mujer; por una parte se está recuperando física y mentalmente del momento del parto, y por otra, tiene que hacer frente a su nueva vida a través de un nuevo rol, el de ser madre. Además de cuidar de sí misma, tiene

que cuidar del bebé, gran demandante diurno y nocturno, y todo ello en un contexto nuevo y desconocido, que va a provocar en la mujer cambios en el descanso y energía (4,23,24).

En la depresión postparto, además de las características descritas propias del puerperio, aparecen sentimientos como la tristeza, falta de confianza y auto exigencia, de manera que las mujeres que lo padecen, suelen presentar desajustes en el patrón del sueño, falta de energía y cansancio a lo largo del día (4,23,24).

#### *Vestirse y desvestirse.*

El cuerpo de la mujer no es un constante, y cambia continuamente a lo largo de la vida. Especialmente el embarazo y el puerperio son periodos vitales de las mujeres donde estos cambios se atenúan, sufriendo profundas alteraciones a nivel físico y hormonal (9,24).

En el caso de la depresión postparto, además, existe una especial alteración a nivel psicológico, siendo frecuentes la baja autoestima e inseguridad, de tal manera que los cambios físicos afectan gravemente a la mujer, que se siente incómoda con su cuerpo. Se valorará a través de la *Escala de evaluación de la imagen corporal (GARDNER)* (Anexo 5 ) (4,23,24,38).

Dichos sentimientos se relacionan profundamente con la necesidad de vestirse y desvestirse; aparece desinterés en el vestido y en la elección de ropa adecuada (4,23,24,38).

#### *Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.*

Necesidad no alterada por definición. Se individualizará el caso atendiendo a las características particulares de cada mujer, y así se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo y adaptado a cada paciente.

#### *Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.*

Uno de los síntomas principales de la depresión, y en este caso de la depresión postparto es la anhedonia, definido como la disminución del interés y placer por las actividades que forman parte de la vida de la persona. Relacionado con esta necesidad, podemos encontrar una pérdida de las ganas e interés por el cuidado personal, que incluye asearse, arreglarse, maquillarse si solía hacerlo y realizar los cuidados específicos de la piel y mucosas (4,23,24).

#### *Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.*

El estado de ánimo, la percepción de sí mismo, y en definitiva el factor psicológico son aspectos clave a valorar en la depresión postparto, de ahí la importancia y grave alteración de la necesidad presente.

El embarazo y postparto son contemplados socialmente como momentos de plena felicidad; toda la espera e incertidumbre del embarazo se resuelve por fin tras el parto, aportando una nueva vida al mundo, que además va a ser siempre parte de ti, y debes estar plétórica, feliz y en la mejor etapa de tu vida. Muchas veces es así, pero las mujeres que experimentan depresión postparto viven una realidad distinta; se sienten abrumadas ante esta nueva situación y su estado de ánimo se caracteriza por sentimientos como: tristeza, preocupación, irritabilidad y culpabilidad por no estar a la altura de la expectativa y norma social, llegando en ocasiones al llanto (3,4,23,24,38).

Todo ello desemboca a menudo en una ansiedad y estrés constante por no seguir el ritmo que este cambio de vida requiere, y aparecen sentimientos de incapacidad para llevar a cabo el nuevo rol y desvalorización tanto de sí misma como de su competencia como madre (4,23,24,38).

#### *Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.*

Las mujeres con depresión postparto, son conscientes de su problema y enfermedad, pero existe en ellas una dificultad para expresar sus emociones, pensamientos o temores, y pedir ayuda al respecto. Como se ha comentado anteriormente, los sentimientos encontrados entre la expectativa social y la realidad vivida, hace que prefieran evitar el tema, e incluso aislarse de amigos y familiares. Se valorará a través del  *cuestionario de Apgar familiar (Anexo 6 ) (3,4,23,24,38)*.

En lo que respecta al bebé, la madre muestra sentimientos ambivalentes. Por una parte, puede aparecer excesiva preocupación hacia él, a través de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas con su cuidado, y por otro lado sentir preocupación insuficiente y dificultad en el apego (4,23,24,38).

#### *Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.*

Necesidad no alterada por definición. Se individualizará el caso atendiendo a las características particulares de cada mujer, y así se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo y adaptado a cada paciente.

#### *Ocuparse de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.*

En lo que se refiere a superación y realización personal, la depresión postparto es un trastorno en el que la mujer, después de haber dado a luz, presenta sentimientos tales como la tristeza, inutilidad y falta de seguridad en sí misma. Se ven comprometidas en esta necesidad la adaptación hacia la nueva situación vital y las creencias sobre la propia imagen y autoestima, que impiden a la mujer realizarse personalmente (4,23,24,38).

Además, motivo de esa inseguridad en sí misma y en sus capacidades, las mujeres suelen tener problemas en la toma de decisiones que les afectan directamente, potenciando así el sentimiento de inutilidad (4,23,24,38).

#### *Participar en actividades recreativas.*

Condicionado por la tristeza, es habitual en la depresión postparto que las mujeres sientan una falta de ganas e inapetencia para realizar las actividades lúdicas que realizaban habitualmente. Para ellas existe una diferencia entre la mujer que eran antes del embarazo, y la que son ahora, y les cuesta compaginar el ser madre con su esencia como persona; a menudo añoran su vida antes de tener al bebé pero creen que dedicarse tiempo y hacer las cosas que solían hacer implicaría ejercer un mal rol como madre (4,23,24,38).

#### *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, que conduce a un desarrollo normal y a usar los dispositivos disponibles.*

Necesidad no alterada por definición. Se individualizará el caso atendiendo a las características particulares de cada mujer, y así se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo y adaptado a cada paciente.

### 4.3.2 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES

A continuación, para seguir con el proceso enfermero, y bajo la perspectiva bifocal de práctica clínica de Lynda Carpenito, se llevan a cabo las etapas: *“Diagnóstico y planificación”*(1,37).

La fase dedicada al diagnóstico tiene por objetivos, según Rosalinda Alfaro-LeFevre en su libro *Aplicación del proceso enfermero* (2014), *“Analizar los datos que ha reunido, extraer conclusiones y determinar si hay riesgos para la seguridad o la transmisión de infecciones, signos y síntomas, problemas de salud reales y potenciales, factores de riesgo, cuestiones no bastante claras, necesidades de aprendizaje, recursos de la persona o cuestiones mejorables”*(37).

Esta misma autora establece los objetivos de la fase “*planificación*” como siguen: “*aclarar los objetivos esperados , establecer prioridades y determinar intervenciones*”(37).

Para su desarrollo en este plan de cuidados, se han utilizado los lenguajes estandarizados *NANDA-I*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* y *Nursing Intervention Classification (NIC)* (30,31,32,33):

***NANDA [00104] Lactancia materna ineficaz***

Definición: Dificultad para el amamantamiento que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

Relacionado con: ansiedad materna y fatiga materna.

Manifestado por: arqueamiento del lactante al ponerlo a mamar, dolor persistente en los pezones después de la primera semana, incapacidad del lactante para coger el pecho correctamente, inquietud del lactante en la hora posterior a la toma, percepción de secreción de leche inadecuada y vaciado insuficiente de cada mama en cada toma.

***NOC [1001] Establecimiento de la lactancia materna: madre***

Definición: Establecimiento de una unión adecuada entre un lactante y la succión del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
<p>[100101] Comodidad de la posición durante la alimentación.</p> <p>[100104] Reflejo de eyección de leche (bajada de la leche).</p> <p>[100106] Reconocimiento de deglución en el lactante.</p> <p>[100107] Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho.</p> <p>[100121] Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones.</p> <p>[100123] Bombeo de la mama.</p> <p>[100124] Utiliza el apoyo familiar.</p> <p>[100125] Utiliza el apoyo de la comunidad.</p>	<p>Escala 06</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuado.</li> <li>2. Ligeramente adecuado.</li> <li>3. Moderadamente.</li> <li>4. Sustancialmente adecuado.</li> <li>5. Completamente adecuado.</li> </ol>

***NIC [5244] Asesoramiento en la lactancia***

Definición: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.

Actividades:

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.

- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Instruir sobre los signos del lactante (p. ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (p. ej., fuga de leche, deglución audible y sensaciones de «bajada de la leche»).
- Describir las formas para facilitar la transferencia de la leche (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo).
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios).
- Explicar los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario o a un asesor sobre lactancia.

**NIC [5270] Apoyo emocional**

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

**NANDA [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales**

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Relacionado con: ingesta diaria insuficiente.

Manifestado por: ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR), interés insuficiente por los alimentos y peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal.

**NOC [1004] Estado nutricional**

Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

<b>Indicadores</b>	<b>Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.</b>
--------------------	---

[100401] Ingesta de nutrientes. [100402] Ingesta de alimentos. [100403] Energía. [100405] Relación peso/talla. [100408] Ingesta de líquidos. [100411] Hidratación.	<p>Escala 02</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>
---	---

**NIC [1100] Manejo de la nutrición**

Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

Actividades:

- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales.
- Ajustar la dieta según sea necesario.
- Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo (p. ej., aumento del calcio, proteínas, líquidos y calorías para las mujeres lactantes).

**NOC [1802] Conocimiento: dieta prescrita**

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la dieta recomendada por un profesional sanitario para un problema de salud específico.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[180201] Dieta prescrita [180203] Beneficios de la dieta prescrita [180204] Objetivos de la dieta. [180212] Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.	<p>Escala 20:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ningún conocimiento.</li> <li>2. Conocimiento escaso.</li> <li>3. Conocimiento moderado.</li> <li>4. Conocimiento sustancial.</li> <li>5. Conocimiento extenso.</li> </ol>

**NIC [5614] Enseñanza: dieta prescrita**

Definición: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.
- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.

- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.

**NANDA [00092] Intolerancia a la actividad**

Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Relacionado con: estilo de vida sedentario.

Manifestado por: debilidad generalizada.

**NOC [0001] Resistencia**

Definición: Capacidad para mantener la actividad.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[101] Realización de la rutina habitual [102] Actividad física [109] Recuperación de la energía tras el descanso [110] Agotamiento	Escala 01: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

**NIC [0200] Fomento del ejercicio**

Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

**NIC [0180] Manejo de la energía**

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

**NANDA [00198] Trastorno del patrón del sueño**

Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.

Relacionado con: patrón de sueño no reparador.

Manifestado por: no sentirse descansado, dificultad para conciliar el sueño.

**NOC [0004] Sueño**

Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[401] Horas de sueño [403] Patrón del sueño [404] Calidad del sueño [405] Eficiencia de sueño	Escala 01: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido . 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

**NIC [1850] Mejorar el sueño**

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Animar a la paciente a iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Disponer de siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.

**NANDA [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud**

Definición: Incapacidad para identificar, gestionar y/o buscar ayuda para mantener el bienestar.

Relacionado con: estrategias de afrontamiento ineficaces y recursos insuficientes.

Manifestado por: ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno e incapacidad para responsabilizarse de cumplir con las prácticas básicas de salud.

**NOC [0313] Nivel de autocuidado**

Definición: Acciones personales para realizar actividades básicas de cuidado personal y las actividades instrumentales de la vida diaria.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[31301] Se baña. [31302] Se viste. [31305] Mantiene higiene personal. [31310] Realiza tareas domésticas. [31314] Reconoce necesidades de seguridad en el hogar.	Escala 01: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido . 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

**NIC [5395] Mejora de la autoconfianza**

Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

Actividades:

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

**NIC [5220] Mejora de la imagen corporal**

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.

**NOC [1504] Soporte social**

Definición: Ayuda fiable de los demás.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[150405] Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas. [150406] Refiere relaciones de confianza. [150408] Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas.	Escala 06 1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado.

**NIC [5100] Potenciación de la socialización**

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

Actividades:

- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás.
- Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

**NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo**

Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.

**NANDA [00146] Ansiedad**

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (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 amenaza.

Relacionado con: estresores.

Manifestado por: sentimiento de insuficiencia, irritabilidad, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, disminución de la productividad, disminución de la habilidad para resolver problemas, cambios en el patrón de sueño y debilidad.

**NOC [1211] Nivel de ansiedad**

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

<b>Indicadores</b>	<b>Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.</b>
[121108] Irritabilidad. [121114] Dificultades para resolver problemas. [121118] Preocupación exagerada por eventos vitales. [121126] Disminución de la productividad. [121135] Sentimiento de inutilidad.	Escala 14: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

**NIC [5820] Disminución de la ansiedad**

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

**NIC [4920] Escucha activa**

Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Identificar los temas predominantes.

**NOC [1302] Afrontamiento de problemas**

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
<p>[130201] Identifica patrones de superación eficaces.</p> <p>[130205] Verbaliza aceptación de la situación.</p> <p>[130208] Se adapta a los cambios en desarrollo.</p> <p>[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia.</p>	<p>Escala 13:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>

**NIC [5230] Mejorar el afrontamiento**

Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.

- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

**NANDA [00055] Desempeño ineficaz del rol**

DEFINICIÓN: Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

Relacionado con: baja autoestima y depresión.

Manifestado por: adaptación al cambio ineficaz, autogestión insuficiente, confianza insuficiente, depresión, estrategias de afrontamiento ineficaces, impotencia y motivación insuficiente.

**NOC [1501] Desempeño del rol**

Definición: Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
<p>[150101] Desempeño de las expectativas del rol.</p> <p>[150109] Descripción de los cambios de rol con un nuevo miembro de la familia.</p> <p>[150115] Desempeño de las conductas del rol parental.</p> <p>[150112] Expresa comodidad con la expectativa del rol.</p>	<p>Escala 6:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuado.</li> <li>2. Ligeramente adecuado.</li> <li>3. Moderadamente.</li> <li>4. Sustancialmente adecuado.</li> <li>5. Completamente adecuado.</li> </ol>

**NIC [5370] Potenciación de roles**

Definición: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles.
- Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el paciente/progenitor para cumplir con un rol.

**NIC [4480] Facilitar la autorresponsabilidad**

Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:

- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad.
- Fomentar el establecimiento de metas.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo.

- Proporcionar retroalimentación constructiva positiva para aceptar responsabilidad adicional por el cambio de comportamiento.

**NOC [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida**

Definición: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[130502] Mantiene la autoestima. [130504] Refiere sentimientos de utilidad. [130514] Participa en actividades recreativas. [130520] Mantiene una autoimagen positiva. [130522] Expresa aceptación del nuevo rol. [130523] Expresa satisfacción con el desarrollo de su rol personal.	Escala 13: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.

**NIC [5400] Potenciación de la autoestima**

Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

**NANDA [00058] Riesgo de deterioro de la vinculación**

Relacionado con : ansiedad asociada al rol parental e incapacidad de los padres para satisfacer las propias necesidades personales.

Definición: Susceptible de una interrupción del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y recíproca.

**NOC [1500] Lazos afectivos padres-hijo**

Definición: Conductas del padre y del hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.

[150004] Verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante	Escala 13: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>
[150005] Mantienen al lactante cerca de ellos	
[150006] Tocan, acarician y dan palmaditas al lactante	
[150007] Besan al lactante	
[150008] Sonríen al lactante	

**NIC [6710] Fomentar el apego**

Definición: Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.

Actividades:

- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores (p. ej., contacto piel con piel, lactancia materna, llevar al niño cogido y dormir en estrecha proximidad con él).
- Instruir a los progenitores sobre los cuidados del lactante (p. ej., cambio del pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).
- Reforzar las conductas de papel de cuidador.
- Proporcionar a los progenitores la posibilidad de comentar los temas que les preocupan (p. ej., miedos, preguntas relativas a los cuidados del lactante, sentimientos de cansancio, tratamiento del dolor y formas de interactuar con el lactante y responderle).

**NOC [2211] Desempeño del rol de padres**

Definición: Acciones parentales para proporcionar un ambiente social, emocional y físico que alimente y sea constructivo para el niño.

Indicadores	Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.
[221114] Interacciona de forma positiva con el niño	Escala 13: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>
[221115] Empatiza con el niño	
[221116] Verbaliza cualidades positivas del niño	
[221117] Manifiesta una relación cariñosa con el niño	
[221119] Expresa satisfacción con el rol de padre/madre	

**NIC [7104] Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)**

Definición: Facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo más al hogar.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad
- Preparar a los futuros padres para los cambios de rol esperados al convertirse en progenitores.
- Promover la autoeficacia en el desarrollo del papel parental.
- Reforzar los comportamientos parentales positivos.

4.3.3 COMPLICACIONES POTENCIALES

Las complicaciones potenciales son problemas de salud que no han sucedido, pero existe probabilidad real de que ocurran. El objetivo enfermero es en este caso, detectar los signos y síntomas, reducir la gravedad del problema, tratar los cambios y prevenir las complicaciones, llevando a cabo actividades interdependientes o de colaboración (37).

En la depresión postparto, las complicaciones potenciales son variadas y pueden afectar tanto a la madre como al bebé, quien puede sufrir consecuencias adversas relacionadas con el desarrollo infantil (39).

En lo que respecta a la madre, a quien va dirigido este plan de cuidados, pueden observarse, a partir de los datos de la revisión sistemática de 2019 *Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes* (40), algunas de las consecuencias de esta patología, que derivan en ciertos casos en complicaciones como la ideación suicida y de infanticidio (40).

De esta manera, las complicaciones potenciales de este plan de cuidados son: CP: Ideación suicida secundario a depresión y CP: Ideación de infanticidio secundario a depresión. Para su desarrollo, se utilizan los lenguajes estandarizados NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC) (30,31,32,33):

<b>CP: IDEACIÓN SUICIDA</b> secundario a depresión.	
<b><u>NOC [1408] Autocontrol del impulso suicida.</u></b> Definición: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.  Indicadores: [140801] Expresa sentimientos [140804] Verbaliza ideas de suicidio, si existen [140810] Revela planes de suicidio si existen [140815] Expresa esperanza	<b><u>NIC [6340] Prevención del suicidio</u></b> Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.  Actividades: <ul style="list-style-type: none"><li>- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.</li><li>- Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad.</li><li>- Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo (p.</li></ul>

<p>[140821] Utiliza los servicios de salud mental disponibles</p> <p>[140823] Obtiene ayuda cuando es necesario</p> <p>[140824] Obtiene tratamiento para la depresión</p> <p>Escala 13:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>ej., sacerdote, familia, proveedores de cuidados).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar, registrar e informar de cualquier cambio del estado de ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.</li> <li>- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos.</li> <li>- Remitir al paciente a un especialista de salud mental (psiquiatra o enfermera experimentada en salud mental/psiquiátrica) para la evaluación y el tratamiento de la ideación y conducta suicidas, según sea necesario.</li> </ul>
---	--

**CP: IDEACIÓN DE INFANTICIDIO** secundario a depresión.

<p><b><u>NOC [1405] Autocontrol de los impulsos</u></b></p> <p>Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo</p> <p>Indicadores:</p> <p>[140501] Identifica conductas impulsivas perjudiciales</p> <p>[140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas</p> <p>[140503] Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas</p> <p>[140504] Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás</p> <p>[140509] Identifica sistemas de apoyo social</p> <p>Escala 13:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p><b><u>NIC [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos</u></b></p> <p>Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.</li> <li>- Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.</li> <li>- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes y beneficios.</li> </ul>
---	---

## 5 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

El seguimiento de la mujer tanto en el embarazo como durante el periodo puerperal, se lleva a cabo por la matrona, definida por la rae como “Persona especialmente autorizada para asistir a las parturientas”(41). De esta manera, son varios autores, los que califican esta figura como la del profesional más adecuado para la detección de la depresión postparto (42,43,44,45).

Además, Isabel M<sup>a</sup> Fernandez en su artículo de revisión: “*Depresión posparto: si no es profesional mejor no me apoye*”(2014), explica que las mujeres que padecen depresión postparto reciben bien el apoyo proporcionado por familia, amigos u otras mujeres que han padecido anteriormente la enfermedad, pero este tipo de ayuda no sirve como tratamiento, concluyendo que “las mujeres aceptan mejor el apoyo dado por los profesionales de la salud, y lo consideran altamente positivo” (45).

A pesar de esto, según Alexandre et al. (2013), muchas de las enfermeras en el ámbito de atención primaria carecen de la información y conocimientos suficientes sobre la depresión postparto; por ello, llevaron a cabo un estudio: “*Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura*”(46), a través del cual se demostró que con la promoción del conocimiento y detección de dicha patología, los profesionales fueron capaces de desarrollar competencias para su abordaje (46).

Por lo tanto y teniendo en cuenta el importante papel que desempeñan en este ámbito, Inmaculada Suárez-Varela Varo en su estudio “*Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto*”(2012) concluye que las enfermeras y matronas “*deben ser informadas y formadas en habilidades interpersonales, investigación, educación, prevención y un sistema de detección temprana y tratamiento del problema de salud mental*” (47).

## 6. CONCLUSIONES

A la vista de la amplia bibliografía y estudios dedicados a la investigación de la depresión postparto, y teniendo en cuenta la epidemiología y consecuencias que esta enfermedad representa, queda demostrada la importancia y significado de esta patología a nivel mundial. No obstante, en la práctica, la depresión postparto continúa siendo una enfermedad poco diagnosticada, y juzgada ante los ojos de una sociedad que sigue tratando este problema como un tabú.

A través de este trabajo, se ha querido visibilizar la figura de una mujer exhausta, sobrepasada, y confusa ante lo que piensa debe ser uno de los mejores momentos de su vida, y en donde la comparación con otras mujeres y la diferencia percibida con respecto a la idealización de la maternidad, solo incrementa y refuerza sentimientos negativos propios de la depresión, que desvelan en definitiva a una mujer necesitada.

Ante este contexto, una de las principales conclusiones que he sacado, es la relevancia del papel de la enfermera, y en concreto de la matrona, en lo que respecta a la patología depresiva en el periodo postparto. De esta manera, he querido llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizado, para que enfermeras y matronas puedan aportar cuidados eficaces y de calidad, siguiendo el proceso enfermero, y basando la práctica clínica en la evidencia científica. No obstante, considero que para la el abordaje holístico e integral de la mujer con depresión postparto será necesario un enfoque multidisciplinar.

Tras la realización del plan de cuidados he podido sacar algunas conclusiones. Una de ellas ha sido la importancia de las intervenciones psicológicas y psicosociales llevadas a cabo por enfermeras, que son cada vez más frecuentes y eficaces frente al tratamiento farmacológico; actividades como el ejercicio físico, o la promoción de hábitos de vida saludables como el

sueño y el descanso, o una alimentación equilibrada, demuestran ser significativos para la evolución de esta patología.

Por otra parte, la prevención juega un papel fundamental en la depresión postparto, siendo importantes los conocimientos de las enfermeras y matronas sobre los factores de riesgo y clínica de la enfermedad. Destaca por su relevancia y eficacia en la detección de esta patología, como instrumento en el que junto con el pensamiento crítico basar la práctica clínica, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS) (Anexo 2).

Me gustaría destacar finalmente este trabajo como una referencia en la que basar los cuidados enfermeros a la hora de abordar un caso de depresión postparto, y aclarar que se trata de un plan de cuidados estandarizado, y por esa razón, a la hora de llevarse a cabo, deberá completarse con una valoración individual, de tal forma que los cuidados enfermeros puedan adaptarse a las necesidades de cada persona y pueda conseguirse así la mayor eficacia y humanización asistencial, bajo la evidencia científica.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito-Moyet L J. The bifocal Clinical Practice Model. Nursing care plans: Transitional patient & family centered care. 6ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 4-10.
2. Peralta M, O. Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de Salud. Aspectos Clínicos del Puerperio. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva [Internet] 1996 [citado 13 de marzo de 2021], [1–7]. Disponible en: [https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio\\_octavio.pdf](https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf)
3. Martos López, Isabel María; Sánchez Guisado, María del Mar; Pérez Berenguel, María del Carmen. Depresión posparto, la cara más oscura de la maternidad. Rev Paraninfo Digital [internet] 2017 [citado 13 de marzo de 2021]; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/092.php>
4. Manual MSD Versión para profesionales [Sede Web]. Kenilworth, NJ., USA: Children’s Hospital of Philadelphia; [actualizado mayo de 2020; citado 13 de marzo de 2021]. Por Moldenhauer J. Depresión posparto; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi3n-posparto#>
5. Urdaneta J, Rivera A, García J , Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de Depresión Postparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecológica [Internet] 2010 [citado 13 de marzo de 2021]; 75 (5) ; [312-20]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007)
6. Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. Journal of Affective Disorders [Internet] 2017 [citado 13 de marzo de 2021], 219, [86–92]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
7. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS [internet] 2017 [citado 13 de marzo de 2021],2(1):[57-85]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4>
8. [MedlinePlus \[Sede Web\]. Bethesda, U.S: Department of Health and Human Services; 2019 \[actualizado febrero de 2021; citado 22 de marzo de 2021\]. Depresión posparto \[aproximadamente 4 páginas\]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/postpartumdepression.html#](https://medlineplus.gov/spanish/postpartumdepression.html#)
9. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and Behavior [Internet] 2016 [citado 22 de marzo de 2021]; 77, [153–166]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0018506X15300428?via%3Dihub>
10. Lara-Cinisomo S, Girdler SS, Grewen K, Meltzer-Brody SA. A Biopsychosocial Conceptual Framework of Postpartum Depression Risk in Immigrant and U.S.-born Latina Mothers in the United States. Women’s Health Issues [Internet] 2016 [citado 22 de marzo de 2021]; 26(3), [336–343]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.02.006>
11. Lahera Forteza G. Trastornos Psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet] 2007 [citado 22 de marzo de 2021]; 9 (86); [5544-5549]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344907746945>

12. Degner, D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ* [internet] 2017 [citado 22 de marzo de 2021]; 359:j4692. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>
13. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstetrics and Gynecology* [Internet], 2018 [citado 13 marzo 2021]; 132(5), E208–E212. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
14. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol* [Internet] 2011 [citado 22 de marzo de 2021];118:[1056–63]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22015873/>
15. Orejarena Serrano SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB* [internet] 2004 [citado 25 de marzo de 2021], 7(20): [134-139]. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/232>
16. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. chil. obstet. Ginecol* [Internet] 2011 [citado 25 de marzo de 2021]; 76( 2 ): [102-112]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es)
17. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O’Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health* [Internet] 2013 [citado 25 de marzo de 2021]; 16:[219-25]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663927/>
18. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion* [Internet] 2017 [citado 25 de marzo de 2021];6:60. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319403204\\_Postpartum\\_depression\\_risk\\_factors\\_A\\_narrative\\_review?enrichId=rgreq-d914069c5f17716ea0887de5becde346-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTQwMzlwNDtBUzo1ODQwMzY0OTgwMzQ2ODhAMTUxNjU2MDkxNQ%3D%3D&el=1\\_x\\_3&esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/319403204_Postpartum_depression_risk_factors_A_narrative_review?enrichId=rgreq-d914069c5f17716ea0887de5becde346-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxOTQwMzlwNDtBUzo1ODQwMzY0OTgwMzQ2ODhAMTUxNjU2MDkxNQ%3D%3D&el=1_x_3&esc=publicationCoverPdf)
19. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord. Journal of Affective Disorders* [internet] 2015 [citado 25 de marzo de 2021] ;180:[154-61]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715002165?via%3Dihub#>
20. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med* [Internet] 2014 [citado 25 de marzo de 2021];44:[927-36]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23822932/>
21. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health* [Internet] 2011 [citado 25 de marzo de 2021];14(2):[125-33]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21063891/>
22. Silva SGF, Condeles PC, Parreira BDM, Moreno AL, Paschoini MC, Torreglosa Ruiz M. Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio. *REFACS* [Internet]

- 2020 [citado 25 de marzo de 2021]; 8(3):[416-426]. Disponible en: [http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/viewFile/4114/pdf\\_2](http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/viewFile/4114/pdf_2)
23. Medina-Serdán, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana* [Internet] 2013 [citado 29 de marzo de 2021]; 27(3):[185–193]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
  24. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatría* [Internet] 2015 [citado 29 de marzo de 2021]; 78( 4 ): [221-231]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972015000400005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000400005&lng=es).
  25. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet] 2020 [citado 3 de abril de 2021]; 31(2):[139–149]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
  26. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)
  27. Grupo de trabajo del protocolo de atención al embarazo y puerperio. Protocolo de atención al embarazo y puerperio [internet]. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria; 2017 [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCIÓN%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>
  28. Hospital General Universitario de Ciudad Real [Sede Web]. Ciudad Real: Dirección de enfermería; 2021 [citado 12 de abril de 2021]. Planes de cuidados [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.hgucl.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/>
  29. Bellido Vallejo J C, Lendíez Cobo C. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [internet]. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen; 2014 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en : <https://enfermeriajaen.com>
  30. Herramienta online para la consulta y diseño de planes de cuidados de Enfermería NNNConsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier. 2015 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
  31. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1o ed. Herdman H, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
  32. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
  33. Butcher, H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
  34. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Voices from the past and recommendations for the future. *British Journal of Psychiatry* [internet] 2019



[citado 28 de mayo de 2021] ; 12( 29 ): [404-419]. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100022&lng=es)

47. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [citado 28 de mayo de 2021 ];9(60):[aprox. 21 p.]. Disponible en:<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594/583>

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
  - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
  - 3. Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento del peso, o disminución del apetito casi todos los días.
  - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solamente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia , trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guíasalud.es. Biblioteca de Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>

### ANEXO 2: EDIMBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (SPANISH VERSION)

La presente escala puede ser utilizada tanto en el embarazo como en el puerperio para la detección de la depresión postparto.

Se solicitará a las mujeres que señalen la alternativa con la que se identifiquen en los últimos siete días, y con los resultados se obtendrá el grado de probabilidad de que esa mujer desarrolle depresión postparto, desde muy poco probable hasta muy probable.

### Escala Edinburg para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Patient Label	OB de la madre o el nombre del médico
	Número de teléfono del médico

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

- Me he sentido feliz:
- Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0
  - Sí, la mayor parte del tiempo  1
  - No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2
  - No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0</li> <li>No tanto ahora _____ 1</li> <li>Sin duda, mucho menos ahora _____ 2</li> <li>No, en absoluto _____ 3</li> </ul> <p>2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tanto como siempre _____ 0</li> <li>Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1</li> <li>Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2</li> <li>Prácticamente nunca _____ 3</li> </ul> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, casi siempre _____ 3</li> <li>Sí, algunas veces _____ 2</li> <li>No muy a menudo _____ 1</li> <li>No, nunca _____ 0</li> </ul> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No, en absoluto _____ 0</li> <li>Casi nada _____ 1</li> <li>Sí, a veces _____ 2</li> <li>Sí, muy a menudo _____ 3</li> </ul> <p>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, bastante _____ 3</li> <li>Sí, a veces _____ 2</li> <li>No, no mucho _____ 1</li> <li>No, en absoluto _____ 0</li> </ul> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3</li> <li>Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2</li> <li>No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1</li> <li>No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0</li> </ul> <p>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, casi siempre _____ 3</li> <li>Sí, a veces _____ 2</li> <li>No muy a menudo _____ 1</li> <li>No, en absoluto _____ 0</li> </ul> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, casi siempre _____ 3</li> <li>Sí, bastante a menudo _____ 2</li> <li>No muy a menudo _____ 1</li> <li>No, en absoluto _____ 0</li> </ul> <p>9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, casi siempre _____ 3</li> <li>Sí, bastante a menudo _____ 2</li> <li>Ocasionalmente _____ 1</li> <li>No, nunca _____ 0</li> </ul> <p>10. He pensado en hacerme daño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, bastante a menudo _____ 3</li> <li>A veces _____ 2</li> <li>Casi nunca _____ 1</li> <li>No, nunca _____ 0</li> </ul> |
|---|---|

Total Score: \_\_\_\_\_

Consentimiento verbal para contacto arriba mencionado MD presenciada por:

\_\_\_\_\_

Fuente: Texto adaptado del British Journal of Psychiatry, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiElrHL-YLxAhUESxoKHVOyBJ4QFjACegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fmed.stanford.edu%2Fcontent%2Fdam%2Fsm%2Fppc%2Fdocuments%2FDBP%2FEDPS\\_text\\_added.pdf&usg=AOvVaw07tTMoKTGZJXS4fA0UVzht](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiElrHL-YLxAhUESxoKHVOyBJ4QFjACegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fmed.stanford.edu%2Fcontent%2Fdam%2Fsm%2Fppc%2Fdocuments%2FDBP%2FEDPS_text_added.pdf&usg=AOvVaw07tTMoKTGZJXS4fA0UVzht)

### ANEXO 3: SIGNOS DE ADECUADA POSTURA Y AGARRE Y DE AMAMANTAMIENTO EFICAZ /INEFICAZ.

Herramienta estandarizada destinada a la valoración de la toma de lactancia materna.

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
<b>Postura de la madre y el bebé</b>	
Madre relajada y cómoda Bebé en contacto estrecho con la madre Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho La barbilla del bebé toca el pecho Cuerpo del bebé bien sujeto El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón Contacto visual entre la madre y el bebé	Hombros tensos, inclinados hacia el bebé Bebé lejos del cuerpo de la madre Cabeza y cuello del bebé girados La barbilla del bebé no toca el pecho Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé El bebé se acerca al pecho con el labio inferior barbilla frente al pezón No contacto visual madre-bebé
<b>Lactante</b>	
Boca bien abierta Labios superiores e inferiores evertidos La lengua rodea al pezón y la areola* Mejillas llenas y redondeadas al mamar Más areola visible por encima del labio superior Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas Puede verse u oírse tragar al bebé	Boca poco abierta Labios apretados e invertidos No se ve la lengua* Mejillas hundidas al amantar Más areola por debajo del labio inferior Movimientos de succión superficiales y rápidos No se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
<b>Signos de transferencia eficaz de leche</b>	
Humedad alrededor de la boca del bebé El bebé relaja progresivamente brazos y piernas El pecho se ablanda progresivamente Sale leche del otro pecho La madre nota signos del reflejo de eyección** El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón El pecho esta rojo, hinchado y/o dolorido La madre no refiere signos del reflejo de eyección** La madre ha de retirar el bebé del pecho

Fuente: Consejería de Sanidad, G.D.C. Protocolo de atención al embarazo y puerperio 2017.  
<https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCIÓN%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>

### ANEXO 4: ÍNDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C)

El índice de masa corporal (I.M.C) es una razón matemática que sigue la fórmula: peso (kg) / talla (m<sup>2</sup>) y es utilizada para calcular el estado ponderal de una persona.

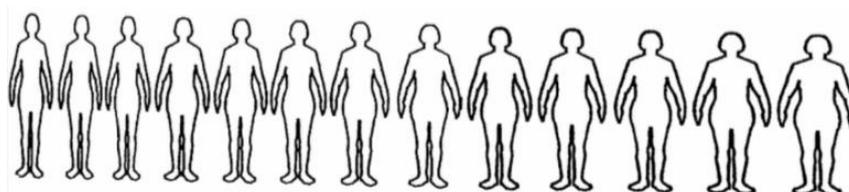
El resultado obtenido se clasifica de la siguiente manera:

IMC	Clasificación
<18,5	Peso insuficiente
18,5-24,9	Normopeso
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

Fuente: Sociedad Española de obesidad SEEDO. Cálculo de I.M.C.  
<https://www.seedo.es/index.php/paciente/calculo-de-i-m-c>

#### ANEXO 5: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (GARDNER)

Cuestionado de 11 siluetas que tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción que siente una persona con su propio cuerpo. La silueta central tiene valor de 0, mientras que las situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha, puntuaciones positivas (de 1 a 6). La paciente señala con una "P" lo que representa para ella su percepción actual de imagen corporal, y con una "D" la silueta deseada. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal.



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Escala de evaluación de la imagen corporal (GARDNER)

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwish\\_6\\_2YLxAhXmxoUKHSQ3A34QFjAlegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.huvn.es%2Farchivos%2Fcms%2Fenfermeria%2Farchivos%2Fpublico%2FCuestionarios%2Fescala\\_de\\_evaluacion\\_de\\_la\\_imagen\\_corporal\\_gardner.pdf&usg=AOvVaw1FVjD\\_vqpSeKtiHzrbfaDi](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwish_6_2YLxAhXmxoUKHSQ3A34QFjAlegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.huvn.es%2Farchivos%2Fcms%2Fenfermeria%2Farchivos%2Fpublico%2FCuestionarios%2Fescala_de_evaluacion_de_la_imagen_corporal_gardner.pdf&usg=AOvVaw1FVjD_vqpSeKtiHzrbfaDi)

ANEXO 6: CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR.

El Apgar familiar es un instrumento cuantitativo con el que evaluar la percepción de funcionalidad familiar. Se aplica a uno de sus miembros y se evalúan 5 parámetros: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimientos, afecto y resolución.

**APGAR FAMILIAR - ADULTOS**

<b>Función</b>	<b>Nunca (0 Puntos)</b>	<b>Casi Nunca (1 punto)</b>	<b>Algunas veces (2 puntos)</b>	<b>Casi siempre (3 puntos)</b>	<b>Siempre (4 puntos)</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
<b>PUNTAJE PARCIAL</b>					
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					

Fuente: Alarcón D. El Cuestionario de Apgar Familiar. Actualizado en 2015.

<https://danalarcon.com/plantilla-el-cuestionario-de-apgar-familiar/>