



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y
EMOCIONALES DURANTE LA
GESTACIÓN Y EL PUERPERIO**

Autora: Irene Sastre Miras

Tutora: Rosa María Hernández Salgado

RESUMEN

Decidí tratar el tema de los aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio porque durante mi rotación por la Unidad de Hospitalización de Obstetricia del HURH realicé una valoración basada en la observación, mediante la que percibí que la forma en que las mujeres experimentaban la maternidad, no era siempre positiva y no recibían una atención especial, puesto que la prioridad de actuación está referida a los aspectos físicos.

Para llevar a cabo mi TFG realicé una revisión bibliográfica, que completé con la elaboración de un guión que dirigió mi valoración sobre la mujer y que empleé para la adquisición de competencias al respecto.

Intentaré alcanzar varios objetivos, siendo el principal, reconocer la etiología, desarrollo y consecuencias de los distintos procesos psicoemocionales que pueden aparecer en la mujer durante los períodos de la gestación y el puerperio como base para fomentar su intervención.

A lo largo del trabajo desarrollaré los factores etiopatogénicos de las alteraciones psicoemocionales, así como la sintomatología que pueden desarrollar, haciendo también mención a las mujeres que padecen trastornos psiquiátricos previos y relacionándolo con la percepción de la eficacia materna.

Describiré actividades de prevención primaria y detección precoz, empleando diferentes escalas de valoración y destacando la promoción de la salud mental y la educación sanitaria como principales recursos.

Finalmente llegaré a la conclusión de la importancia de una correcta actuación, una fluida relación entre Atención Primaria y Especializada y la conveniencia de crear un plan de intervención sobre la salud mental durante este período.

Palabras clave: Alteraciones psicoemocionales, gestación, puerperio.

ABSTRACT

I decided to address the subject of the psychological and emotional aspects of the gestation and the puerperium periods because of my HURH's Obstetric Unit Internship. During this time I carried out an evaluation based on observation that showed that not all women experienced their maternity in a totally positive way and there was no special intervention to face this issue, since most assistance is directed to the physical aspects.

In order to carry out my DFP, I did a literature review that I completed with the development of a guideline that directed the women's evaluation, focused on the acquisition of related competences.

I will try to achieve several aims, the main one being to recognise the aetiology, development and consequences of the different psycho-emotional processes that can appear in women during the periods of gestation and puerperium in order to encourage their intervention.

Throughout the project, I will explain the aetio-pathogenic factors of the psycho-emotional pathologies, as well as the symptomatology that can develop. I considered also relevant to pay attention to women that have suffered previous psychiatric disorders, relating this to the perception of maternal efficacy.

I will describe primary prevention and early detection activities, employing different scales of assessment and distinguishing the promotion of mental health and health education as main resources.

The conclusion of my study will show the importance of a correct performance, an effective relationship between Primary and Specialized Care, and the need to formalise an intervention plan related to mental health during the gestation and puerperium periods.

Keywords: Psycho-emotional changes, gestation, puerperium.

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción / Justificación	1
Metodología	2
Objetivos	3
Desarrollo del tema	4
1. Factores etiopatogénicos	4
2. Manifestaciones psicoemocionales	8
3. Prevención primaria y detección precoz	15
Resultados	20
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexos	26

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Me he decidido a tratar este tema porque considero que la salud mental es la gran olvidada en relación con las patologías físicas que pueden acaecer sobre la mujer durante un período de su vida tan importante como es la llegada de un hijo. Y, aunque los cambios físicos sean los más notorios, la elevada incidencia de sintomatología psicológica y emocional en esta población, junto con la gravedad de las consecuencias que pueden llegar a desencadenar si no se abordan de manera correcta, definen el por qué es importante cuidar la salud mental de la mujer durante esta etapa. Hablamos no solo de consecuencias personales, sino también sobre el entorno familiar y en particular sobre el desarrollo del hijo ^(1,2).

En el contexto de la maternidad, los múltiples cambios físicos y hormonales, así como los cambios en el estilo de vida de la mujer, pueden llevar a la aparición de manifestaciones emocionales y psicológicas, que podrían denominarse normales o fisiológicas. La seriedad de estas alteraciones aparece cuando se tornan patológicas. De esta manera el embarazo y el puerperio pueden actuar como desencadenantes o detonantes de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves, como es la depresión mayor, una de las patologías más representativas por el considerable porcentaje de mujeres al que afecta, especialmente en el postparto ($\pm 10-20\%$) ^(2,3).

Hoy en día el Sistema Nacional de Salud cuenta con programas y servicios, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada, que prestan asistencia sanitaria a la mujer durante este proceso. Pero para que esta asistencia sea integral debe prestar atención a la salud mental de la mujer ⁽⁴⁾.

A nivel clínico, el conocimiento de cómo afectan los factores psicológicos sobre el desarrollo de la gestación, el parto y el puerperio puede significar una mejora tanto para la calidad asistencial como para el grado de satisfacción de la mujer ⁽⁴⁾. Se considera que el poder disfrutar de un momento tan importante comienza desde la alegría, por eso apoyar la realización de una prevención primaria y una detección precoz de las patologías psicoemocionales son la base para un desarrollo natural del embarazo y el puerperio ⁽³⁾. Además, una mejora en la situación psicológica de la mujer durante la gestación y el postparto podría reducir complicaciones posteriores, por lo que se estaría contribuyendo a una reducción de los gastos sanitarios ⁽⁴⁾.

Se trata de patologías que a menudo pasan desapercibidas y que frecuentemente no se comparten ni dentro ni fuera de los límites familiares. Suponen un tema del que la mujer rehúye hablar ya que lo vive como un fracaso personal, con una importante carga de culpa ⁽³⁾. El personal de enfermería desarrolla una gran carga de actividad sobre la mujer a lo largo de la gestación, el nacimiento y la posterior crianza del hijo, es decir, en los servicios de atención a la mujer tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, y en las frecuentes visitas que se realizan a la enfermera en pediatría. Por ello, considero que es fundamental para éstos profesionales conocer cada una de las transformaciones que pueden suceder para poder acompañar a la mujer adecuadamente en este período de su vida y así detectar y actuar precozmente en el momento en el que éstas rocen lo patológico ⁽⁵⁾.

No existe el modo de impedir totalmente la aparición de todas estas complicaciones, sin embargo, sí se pueden atenuar mediante la colaboración y la atención continuada entre diferentes servicios asistenciales como Atención Primaria, el servicio de Obstetricia del Hospital de referencia y grupos de apoyo o asistencia psicológica/psiquiátrica en función de la gravedad que se presente.

De este modo, desde Atención Primaria se pueden detectar factores de riesgo en el momento del diagnóstico del embarazo, educar a la mujer en la identificación temprana de signos de patología y promoción de un estilo de vida saludable, y ofrecer o derivar a otro tipo de atención más específica en base a la gravedad de la situación ^(5, 6).

Por otro lado, desde el servicio de Obstetricia se puede actuar mediante la identificación precoz de sintomatología durante los primeros días del puerperio ⁽⁷⁾.

Se trata de medidas que pueden mejorar la calidad de vida de la mujer y evitar un diagnóstico tardío, y por lo tanto una instauración más avanzada de la patología que dificulte su tratamiento.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este TFG, en primer lugar realicé una observación de las mujeres durante su estancia hospitalaria en el período del puerperio precoz (primeros días después del parto), considerando éste un buen momento, ya que es un período en el que se pueden identificar síntomas y factores de riesgo para que la mujer desarrolle

complicaciones al regresar a su casa. Además asegura la captación de la gran mayoría de las mujeres que atraviesan la maternidad, incluyendo aquellas que no acuden a su centro de salud durante el período prenatal y postnatal.

Para que la valoración se realizara sobre los mismos aspectos de la puérpera realicé un guión (Anexo 1), que empleé para detectar signos de alteración y posibles factores relacionados que sirvieran de fundamento mi TFG, y del cual me serví durante mi rotatorio por la Unidad de hospitalización de Obstetricia, sobre un total de 27 puérperas en un período de 4 semanas.

Posteriormente, realicé una revisión bibliográfica empleando para ello distintas bases de datos como Scielo, Dialnet, Google Académico, Cuiden y Cochrane.

Seleccioné aquellos documentos referentes a los cambios fisiológicos y patológicos que sufre la esfera emocional y psicológica de la mujer durante la gestación y el puerperio, a los factores biopsicosociales que pueden influir y a la detección precoz, prevención y aspectos promocionales de la salud mental durante este período.

Se escogieron tanto artículos, como publicaciones de Universidades, y Guías y Manuales del Ministerio y Consejerías de Sanidad, realizando una lectura crítica de los mismos para finalmente desarrollar unas conclusiones.

OBJETIVOS

Principal:

-Reconocer la etiología, desarrollo y consecuencias de los distintos procesos psicoemocionales que pueden aparecer en la mujer durante los períodos de la gestación y el puerperio como base para fomentar su intervención.

Secundarios:

- Señalar la detección precoz y la prevención primaria como principal medida frente a las alteraciones psicoemocionales durante la gestación y el puerperio.

-Destacar la educación materna temprana y la promoción de hábitos de vida saludables como recursos para fomentar una adecuada evolución de la salud mental durante este período.

DESARROLLO DEL TEMA

El embarazo y el puerperio son dos etapas que suponen un importante giro en la vida de una mujer, en los que además se suceden múltiples cambios que pueden originar que sea más vulnerable a desarrollar desde variaciones en su estado emocional hasta sintomatología psicológica. De esta manera se puede llegar a convertir lo que podría ser una experiencia muy positiva en una fuente de incomodidades e incluso de enfermedad.

El nacimiento de un hijo es un hecho biográfico además de biológico, y la adaptación de la mujer a este período puede verse afectada o modificada por distintos factores. No se han encontrado factores determinantes, sin embargo sí que existen variables etiopatogénicas que pueden estar relacionadas con que la mujer no desarrolle una correcta adaptación a este nuevo período de su vida. Dentro de éstas, podemos destacar las variables biológicas, psicológicas y sociales.

La psicopatología se va a originar, por lo tanto, de la interacción entre múltiples factores de riesgo y factores protectores, algunos genéticos y otros ambientales.

1. FACTORES ETIOPATOGÉNICOS:

Factores biológicos:

La mujer vive la maternidad como un proceso de continuo cambio y adaptación, debido entre otras cosas a las modificaciones en los aspectos físicos y hormonales que le acontecen.

- **Cambios hormonales**

Durante el embarazo en el cerebro de la madre se crean nuevas neurohormonas, cuya finalidad es facilitar y dirigir la transición de la conducta de la mujer hacia una conducta materna, con el objetivo de que, tras el parto, la madre adquiera un estado de sensibilidad que la permita atender a las demandas del recién nacido. Este grado de sensibilidad no aparece solo tras el parto, sino que puede explicar la hipersensibilidad que algunas mujeres experimentan, sobre todo hacia el final del embarazo.

De este modo, el cerebro materno se puede ver influido por hormonas como la prolactina, la progesterona, hormonas esteroideas (estradiol) y la oxitocina. Todas ellas

actúan inhibiendo la respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, interviniendo en el desarrollo de la conducta materna. Durante la gestación es importante que la mujer no se vea sometida a estresores para que estas neurohormonas se mantengan en reposo, de tal forma que la oxitocina se acumule y no se produzca el parto de manera prematura ⁽⁸⁾.

En el postparto se produce un descenso brusco de estas hormonas sexuales, como los estrógenos y la progesterona que, asociado a una modificación de los niveles de cortisol en sangre, puede desencadenar cambios en el estado de ánimo de las madres por la falta de adaptación del SNC ante esta caída brusca hormonal ⁽⁹⁾.

- **Cambios físicos**

Durante el embarazo, el crecimiento del niño en el vientre materno hace que el cuerpo de la mujer esté sometido a diversos cambios. Es frecuente la aparición de náuseas y vómitos, dolores lumbares o costales, empeoramiento del retorno venoso o insomnio que, junto con otros síntomas somáticos, pueden repercutir sobre la calidad de vida de la madre. Se ha visto que las mujeres gestantes tienen un nivel de fatiga más elevado, y esto se puede asociar a sintomatología ansiosa y/o depresiva. Del mismo modo ocurre en el postparto, donde se ha relacionado la existencia de un sentimiento de fatiga elevado con una mayor probabilidad de desarrollar depresión ⁽⁴⁾.

- **Morbilidad**

El nacimiento de un hijo a veces conlleva ciertas dificultades cuando existen problemas de salud de por medio. Muchas veces las mujeres cuentan con la presencia de enfermedad crónica, abortos previos, embarazos múltiples, problemas de fertilidad en la pareja o complicaciones durante el desarrollo del embarazo o el parto. Esto aumenta las molestias físicas y la preocupación de la madre por el bienestar del hijo, lo que facilita que sienta un mayor estrés y ansiedad.

Estos sentimientos se hacen más evidentes cuando se tiene la certeza de que el feto o el recién nacido sufre alguna patología (anomalías en el desarrollo del feto, prematuridad, bajo peso al nacer, problemas o infecciones respiratorias, ictericia...) y más aún cuando se produce muerte fetal o neonatal ^(2,3).

Factores psicológicos:

Las características propias de la **personalidad** de la mujer son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo ⁽⁴⁾. Dentro de los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que se tenga puede influir tanto de manera negativa como positiva. Va a ser determinante también la estabilidad psicoafectiva de la mujer, es decir, la capacidad que tenga para afrontar y resolver posibles situaciones adversas y el estado en el que se encuentre en la relación con su pareja. Aquellas mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente van a sufrir mayores cambios.

Es importante conocer la presencia de **antecedentes psiquiátricos previos**, bien sean antecedentes personales o familiares, ya que aumenta el riesgo de repetición o aparición de trastorno psiquiátrico durante esta etapa ^(3, 10).

Por último, los **motivos o situaciones** que hayan llevado a la madre a tener un hijo pueden ser el origen de conflictos mentales posteriores. El ejemplo más claro de esto se da cuando se trata de un embarazo no deseado, aunque buscar tener un hijo para unir a la pareja, satisfacer a otro hijo o afrontar un duelo son razones equivocadas, que del mismo modo pueden llevar consigo este tipo de problemática ⁽³⁾.

Factores sociales:

Las perspectivas que enmarcan la predisposición con la que una mujer se va a enfrentar al proceso de la maternidad vienen definidas por la cultura, la sociedad y el momento histórico en el que se hayan educado.

En todas las culturas se ha adjudicado a la mujer el papel de principal responsable en los cuidados y las labores relacionadas con la asistencia de los hijos. Sin embargo, en la sociedad en la que vivimos actualmente, en un país occidental del s.XXI, cada vez es mayor el número de mujeres que tienen un empleo remunerado, siendo en muchos casos el sueldo básico del que se sustenta la unidad familiar. De este modo existen otras variables que, sumadas a lo anterior, son determinantes en el afrontamiento de la maternidad ⁽¹¹⁾.

- **Factores psicosociales**

Algunos autores sostienen que el modo en que la madre viviera su infancia puede tomar parte en la gestación. La madre evoca recuerdos de su infancia, de tal forma que si la recuerda con gratitud puede imaginar con ilusión cómo será la infancia del bebé que espera. Sin embargo, si ésta fue traumática, esa antigua angustia puede llevarla a interrumpir el embarazo o manifestar una angustia o depresión importantes ⁽⁸⁾.

A su vez, podemos referirnos a la sensación subjetiva de falta de apoyo en el desarrollo de las actividades domésticas y el cuidado del hijo, y de apoyo emocional que la mujer puede necesitar (generalmente por parte de la pareja o de familiares cercanos), teniendo generalmente como principal referente a la madre ⁽²⁾. En ocasiones las mujeres no pueden disfrutar de este apoyo. Esta sensación aumenta el riesgo de presentar trastornos en el estado de ánimo y, una buena relación profesional sanitario-paciente, puede actuar como un factor protector ⁽⁴⁾.

Otros muchos hechos que acontecen en la vida cotidiana de la mujer también pueden predisponerla a sufrir una alteración del estado de ánimo. Nos referimos a la pérdida de un ser querido, problemas económicos, influencia del embarazo en su situación laboral (pérdida del puesto de trabajo, no disponibilidad de baja maternal o de paternidad...) o el simple hecho de que los hábitos de ocio se vean modificados ⁽³⁾.

Al inicio del embarazo la madre debe tomar ciertas decisiones respecto a su estilo de vida, relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y caféina o uso de drogas ⁽¹²⁾. Y cuando la madre es primeriza sobre todo, va a ver modificado su rol social.

- **Factores sociodemográficos:**

Existen estudios que indican que determinados factores, como por ejemplo tener un hijo a edades muy tempranas o muy tardías, el estado civil, el tiempo de convivencia con la pareja actual, el grado de estudios que haya alcanzado, la situación laboral de ambos miembros de la pareja o el número de hijos (especialmente si son pequeños) se relacionan con una mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo ^(2, 3).

2. MANIFESTACIONES PSICOEMOCIONALES

ESTRÉS

Como aparece reflejado anteriormente, son muchas las variables que pueden predisponer a que una mujer desarrolle un conflicto mental. El estrés materno prenatal puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas u otras causas. Para afrontar estas situaciones estresantes surgen del organismo respuestas fisiológicas y psicoemocionales que provocan en la mujer una sensación de tensión física y/o emocional, que pueden repercutir en el feto, conduciendo a cambios físicos y metabólicos, como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición o presencia de sustancias tóxicas, que pueden afectar al ambiente uterino, y a su vez repercutir en el bienestar fetal en función de si la respuesta del feto es adaptativa o desadaptativa ⁽¹⁾.

El parto prematuro y el bajo peso al nacer son los efectos que más a menudo se contemplan como consecuencia del estrés materno. Cuando éste acontece durante el primer trimestre aumenta el riesgo de alteraciones congénitas o de tener un aborto espontáneo. Además existen hallazgos que indican que el estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño hasta llegada la edad adulta ⁽⁸⁾.

Por su parte, el parto es una experiencia a la que se enfrentan las mujeres a veces con cierto temor, ya que se trata de un proceso doloroso y de inseguridad en el que pueden surgir complicaciones imprevisibles que afecten a la salud de la madre y/o del hijo. Esta es la razón por la que el momento del parto puede verse como algo altamente amenazante y que genere una respuesta de estrés, que podría producir tanto consecuencias fisiológicas (activándose el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal), como consecuencias psicológicas, activando procesos cognitivos y conductuales que actúen para afrontar esta situación ⁽⁹⁾.

Existen estudios que indican que hasta un 34% de las mujeres refieren el parto como un momento traumático, que puede ocasionar síntomas de estrés postraumático, en mayor medida si se dan otras variables como haber sufrido ansiedad durante el embarazo o si la personalidad de la madre no facilita un afrontamiento eficaz ⁽⁹⁾.

Por otro lado, no todas las mujeres oponen la misma resistencia al estrés. Hay personas que son genéticamente vulnerables al estrés, y las personas con baja autoestima en especial son fácilmente superadas por éste. Cuando esto ocurre, se trata de personas que además están predispuestas a desarrollar depresión mayor en el postparto ⁽¹³⁾. Por lo tanto se hace importante reconocer el factor estresante que afecta a la madre y atenuarlo, no solo por su bien, sino también por el de su hijo.

ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad en grados variables. Se trata del síntoma psicológico más frecuente en la embarazada, y se encuentra muy relacionado con el grado de información que la madre posea. La prevalencia y la frecuencia de la ansiedad son mayores que las de la depresión en todas las etapas del embarazo. Alrededor del 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre ⁽¹⁴⁾.

La sintomatología ansiosa, no tratada en el período prenatal, predice síntomas de ansiedad en el postparto. Además la ansiedad durante el embarazo, al igual que ocurre con el estrés, puede tener efectos adversos para el desarrollo del feto, ya que se le expone a niveles hormonales elevados (de cortisol), que contribuyen a la posibilidad de parto prematuro y aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y problemas en el desarrollo neuroconductual en la infancia. Por este motivo es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo, que además se asocian con un mayor número de visitas al obstetra, relacionadas con el miedo al parto y a las contracciones, especialmente en las mujeres que más factores de riesgo reúnan, como lo son las madres que carecen de apoyo social o no tienen pareja ^(8, 10).

Los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el puerperio pueden ser más comunes que los de la depresión y, cuando se presentan durante la gestación, es frecuente que signifiquen un anticipo de depresión postparto, incluso en mayor medida que el haber tenido antecedentes de depresión. Es decir, que la ansiedad y la depresión son dos factores muy relacionados. Sin embargo la ansiedad también se puede presentar como una entidad clínica independiente en el período perinatal ⁽¹⁰⁾, pudiendo estar

presente en alrededor del 10% de las puérperas, asociándose a experiencias de parto negativas o complicaciones durante el embarazo entre otras ⁽⁹⁾. Además la ansiedad materna puerperal puede suponer problemas emocionales, del comportamiento y sobre el desarrollo cognitivo y social del niño ⁽¹⁰⁾.

TRISTEZA Y MELANCOLÍA

En el puerperio precoz o mediato (2-10 días después del parto) se produce una de las respuestas emocionales que más frecuentemente acontece sobre un alto porcentaje de puérperas. Recibe varios nombres, entre los que se encuentran tristeza postparto o melancolía de la maternidad, también conocido por su nombre en inglés *Maternity Blues* o *Baby Blues*.

Se diferencia de la depresión mayor en que su aparición es más temprana, es más leve y su sintomatología es transitoria. Se trata de un síndrome, que sufren entre el 20 y el 80% de las madres. Suele aparecer entre el segundo y el cuarto día después del parto, aunque puede comenzar hasta 10 días después, y desaparece de manera espontánea en un plazo de dos semanas, sin dejar secuelas ⁽³⁾.

Se caracteriza principalmente por el llanto fácil, y también pueden aparecer irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito, sentimiento de minusvalía, preocupación excesiva por sus otros hijos y respuestas elevadas a los estímulos, que alcanza su máxima intensidad aproximadamente a los 3-5 días después del parto. Se trata de un período en el que la madre se encuentra muy hipersensible y vulnerable emocionalmente, especialmente si recibe sensaciones negativas por parte de los familiares o incluso del personal sanitario que le atiende.

Se ha llegado a considerar un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación en la que se encuentra la madre ⁽³⁾. Sin embargo, se hace muy importante vigilar y advertir la persistencia o el aumento de la intensidad de la sintomatología, ya que se ha demostrado que alrededor del 25% de las mujeres con melancolía de la maternidad pueden llegar a desarrollar depresión mayor en el postparto ⁽⁵⁾.

Otros autores sugieren que proporcionar información sobre la depresión postparto durante el tercer trimestre de embarazo puede reducir la intensidad de la sintomatología de la tristeza puerperal ⁽⁵⁾. Por último, se podría decir que el único tratamiento que precisa este proceso es el apoyo emocional y la tranquilización de la paciente ⁽¹²⁾.

DEPRESIÓN

Este trastorno mental puede presentarse antes y después del parto y, aunque la forma más conocida en la maternidad es la llamada depresión postparto, se describe que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. Este porcentaje se reduce al 10% si nos ceñimos a la depresión propiamente dicha.

Se debe tener en cuenta que algunos síntomas que pueden ser propios del estado de gravidez, como la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, a su vez son síntomas propios de la depresión. Por otro lado, cuando las embarazadas padecen además patologías asociadas a la gestación como anemia, diabetes gestacional o disfunción tiroidea, a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello es aconsejable explorar sistemáticamente los síntomas de depresión durante la gestación.

Esto es importante, ya que una depresión no identificada durante el embarazo, puede derivar en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de tabaco, alcohol y drogas o incluso el suicidio, que a su vez se pueden traducir en complicaciones obstétricas en el mejor de los casos ⁽¹⁵⁾.

El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 5ª edición) introduce el concepto de “trastorno depresivo de inicio en el periparto”, denominando colectivamente a los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Opta por esta denominación basándose en que el 50% de los episodios de depresión mayor “postparto” comienzan realmente antes del parto ⁽¹⁶⁾.

En esta línea, diferentes estudios indican que la prevalencia de la depresión mayor en el postparto afecta al 10-20% de las mujeres que dan a luz, que debutan con esta enfermedad durante las 4-6 semanas posteriores al parto, y que si no se detecta y se trata puede cronificarse, con la consiguiente morbilidad para la madre, el hijo y la familia ⁽²⁾.

Para la madre esto puede suponer el inicio de un trastorno depresivo recurrente y afectar gravemente a su calidad de vida, sin descartar la peor complicación en que puede desembocar esta enfermedad, el suicidio, que es la segunda causa de mortalidad

materna más frecuente en este período. Por lo que debe ser un motivo de preocupación para la familia y para los profesionales sanitarios que la atienden ^(12, 17).

En el caso de los hijos, la experiencia de la depresión materna se ha relacionado con el desarrollo de problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante toda su vida, así como con trastornos de déficit de atención e hiperactividad en la infancia temprana ⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, aunque no menos importante, también se va a ver afectada la relación de la madre con su hijo, influyendo de manera negativa sobre el vínculo que se crea entre ambos, pudiendo llegar a producir una falta de sentimiento por parte de la madre, irritabilidad, hostilidad e incluso impulsos agresivos y de rechazo ^(15, 17).

Esta patología puede mantenerse de 4 a 6 semanas, e incluso llegar al año de duración sin tratamiento. La forma más característica de presentarse es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa y de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo e incluso de dudar sentir afecto por el mismo. En la Tabla 1 se muestra la sintomatología propia de la depresión mayor en el postparto ^(3, 15).

Síntomas de depresión mayor en el postparto	
- Pereza	- Fatiga
- Tristeza	- Falta de concentración, confusión
- Alteración del sueño y del apetito	- Pérdida de memoria
- Sentimiento de culpa	- Pérdida de la libido.
- Miedo a autolesionarse o dañar al niño	- Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos
- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llegando a gritarle e incluso a pegarle	- Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico etc
- Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre	

Tabla 1

PSICOSIS PUERPERAL

La psicosis puerperal es una complicación aguda y grave que se presenta en 1-2 mujeres por cada 1.000 nacimientos. Su aparición es de inicio brusco y suele tener lugar entre el tercero y el noveno día después del parto ⁽¹⁸⁾. Su sintomatología no se diferencia clínicamente de otras psicosis, salvo por la temática de las alucinaciones, que implican al niño.

La principal sintomatología incluye irritabilidad, ansiedad, confusión, labilidad emocional, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y actividad alucinatoria y/o delirante en la fase aguda. Es por tanto una urgencia psiquiátrica, ya que la madre puede ser capaz de llegar a autolesionarse o lesionar a su hijo ^(3, 18).

Al tener una sintomatología tan llamativa es un trastorno fácilmente reconocible, sin embargo también existe la posibilidad de que permanezca indetectable hasta que la madre se lesione a sí misma o al niño.

Se trata de un trastorno al que son más vulnerables las madres primigestas, especialmente si ya han sufrido episodios psicóticos con anterioridad (35% de probabilidades) o si presentan antecedentes personales o familiares de trastorno afectivo o esquizoide, psicosis puerperal previa o complicaciones obstétricas ⁽¹⁸⁾.

COMPLICACIONES POR UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO PREEXISTENTE ⁽¹²⁾

Como hemos visto hasta ahora, el embarazo, junto con los riesgos y tratamientos que a él se relacionan, puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves. Sin embargo, también puede actuar como detonante de complicaciones en la experiencia de la maternidad en aquellas mujeres con un trastorno psiquiátrico preexistente, en cuyo caso precisaría un seguimiento riguroso.

En los casos en los que la mujer tenga un diagnóstico previo de **enfermedad depresiva mayor** o **trastorno bipolar de tipo maníaco** tratados activamente con antidepresivos tricíclicos o carbonato de litio, que el embarazo sea planificado es muy importante, y se hace necesaria una consulta continua entre psiquiatra, obstetra, paciente y la pareja, para decidir y contrastar cual es el mejor tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

En el caso de la depresión mayor, el uso de medicación se debe reservar a las madres que refieren síntomas que pueden afectar al desarrollo del embarazo (crisis de llanto, insomnio, alteración pronunciada del apetito, ideación suicida...). Por su parte las madres embarazadas con patología maníaca son más difíciles de tratar, porque el carbonato de litio está totalmente contraindicado en el primer trimestre del embarazo (por el aumento de riesgo de defectos congénitos cardiovasculares), por lo que se hace especialmente importante la planificación.

Trastornos de la alimentación: Existen datos que indican que las madres que tienen algún trastorno de la alimentación (anorexia o bulimia nerviosa) tienden a presentar problemas con retardo del crecimiento fetal en el tercer trimestre seguido por un rápido crecimiento después del nacimiento, así como un mayor riesgo en el trabajo del parto y de parto prematuro.

Trastornos esquizofrénicos: Durante la fase aguda las mujeres embarazadas diagnosticadas de esquizofrenia pueden tener una exaltación de los síntomas psicóticos en los que se presenten ideas delirantes, alucinaciones auditivas o trastornos del pensamiento relacionados con su embarazo.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA MATERNA ⁽¹⁹⁾

La percepción de la eficacia materna se refiere a la creencia que tiene la madre sobre su habilidad para desempeñar su rol materno. Se define como el juicio que ella formula sobre su propia competencia y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades del niño.

La relación entre la percepción de eficacia que tenga la madre sobre sí misma y el desempeño que vaya a realizar en el cuidado de su hijo es bidireccional, es decir, si la madre tiene la sensación de que es eficaz en su rol de madre, esto le va a llevar a mayores logros y va a persistir. Si, por el contrario, la madre no tiene una buena percepción de sí misma como madre, va a rendirse antes de tiempo y va a mantener la valoración que tiene sobre sí misma.

Contar con apoyo social, tener una alta autoestima, la escolaridad, vivir en pareja o tener mayor madurez pueden ser factores que afecten de manera positiva al desarrollo de la percepción de la eficacia que haga la madre sobre sí misma. Por otro lado, la ansiedad la depresión o altos niveles de estrés actuarán en contra.

ALEGRÍA ⁽²⁰⁾

Actualmente existe la evidencia de que hay determinados estados emocionales que están ligados a la liberación de cortisol y catecolaminas, como la adrenalina y la noradrenalina. Las catecolaminas están más ligadas a las situaciones de emergencia, mientras que el cortisol es una hormona de actuación lenta y se asocia más directamente a los estados emocionales crónicos y a los rasgos de personalidad.

Niveles altos de cortisol se asocian, como hemos dicho anteriormente, a estados de ansiedad, depresión, estrés y otros trastornos psicológicos en el embarazo. Es decir, podríamos entender que sea cual sea el aspecto de infelicidad que se considere, el nivel de cortisol es alto. La presencia de esta hormona interfiere de manera negativa en el embarazo, ya que es un inhibidor del crecimiento fetal, más en concreto del desarrollo cerebral.

Apenas existen estudios que evidencien los efectos beneficiosos de la alegría a nivel científico pero, si se entiende la alegría como lo opuesto a la ansiedad, depresión o estrés, no estaría muy alejado de la realidad un razonamiento que nos lleve a pensar que esta está asociada a niveles bajos de cortisol y, por lo tanto, actúa al menos como factor protector del feto frente a dichas hormonas.

3. PREVENCIÓN PRIMARIA Y DETECCIÓN PRECOZ.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La estabilidad de la esfera psicológica y emocional está sujeta a cómo se desarrollen diferentes aspectos en la vida de la mujer, por lo que se puede entender que no exista una medida única y universal para solventar las alteraciones que se produzcan en el ámbito de la salud mental. Una correcta manera de afrontarlas estaría enfocada a la prevención y a la detección precoz de estas.

Desde enfermería, el principal ámbito en el que se puede colaborar para prevenir es el de la educación sanitaria a través de la psicoeducación materna, junto a recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.

- **Educación materna temprana:**

Existen tres momentos importantes en lo que se refiere a psicoeducación sanitaria (7):

- Prenatal: A través de los cursos de preparación maternal.
- Posnatal precoz: Durante la hospitalización.
- Posnatal, después del alta hospitalaria.

Referido al punto de vista práctico esto supone que la mujer reciba información sobre el embarazo y el puerperio durante la gestación, que esta información se refuerce durante los primeros días postparto, momento de especial importancia, y que durante el puerperio la madre pueda acudir a un profesional sanitario para resolver las dudas o las complicaciones que le surjan (7).

Durante el embarazo podemos referirnos a la psicoprofilaxis obstétrica, es decir, un conjunto de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a las gestantes, como charlas informativas, ejercicios o el entrenamiento en relajación y respiración encaminado a reducir la ansiedad y el estrés, explicando además a los padres (ambos miembros de la pareja si es posible) en qué consisten los cuadros que se pueden presentar, los posibles factores que pueden intervenir y la frecuencia y la transitoriedad de los síntomas (5), haciéndoles participar de forma activa en el mantenimiento de su salud.

En cuanto al puerperio, se le podría considerar como una situación durante la cual es importante el apoyo profesional para mantener un buen estado de salud desde la promoción y la prevención (7).

Dentro del puerperio precoz, conocer los aspectos que preocupan a las madres durante la hospitalización, puede ayudar a los profesionales para orientar las intervenciones educativas. Según un estudio en el que se realizó una entrevista a las puérperas antes de recibir el alta hospitalaria, se vio que los aspectos psicoemocionales causaban preocupación al 64% de la muestra estudiada, y la capacidad para cuidar al hijo preocupaba a la mitad de las madres (51,2%) (7).

Conocer las fuentes de preocupación percibidas por las puérperas antes de que se conviertan en problemas importantes proporciona una gran oportunidad para desarrollar cuidados a la mujer y al niño (7).

- **Promoción de hábitos de vida saludables:**

Consiste en fomentar en la madre y en su entorno familiar unos hábitos de vida que colaboren en un correcto desarrollo de la salud mental como factor protector.

Nutrición y alimentación ^(21, 22, 23): Es necesario que la madre siga una alimentación correcta, llevando una dieta equilibrada y rica en nutrientes (dieta mediterránea) para prevenir carencias que la puedan conducir a un estado de agotamiento, que a su vez pueda favorecer la aparición de sintomatología psioemocional. Hay ocasiones en las que la mujer experimenta una pérdida de apetito o falta de energía para preparar la comida, especialmente cuando hay signos de depresión. Es importante que la madre se mentalice de la posibilidad de pedir ayuda en su entorno cercano siempre que la necesite.

A su vez, es importante fomentar una adecuada ingesta de líquidos para el mantenimiento de la salud y de la lactancia, evitando de esta manera la aparición de preocupaciones al respecto.

Por último, se debe incidir en la conveniencia de suprimir el consumo de bebidas alcohólicas ya que, además de estar contraindicado en el embarazo y en la lactancia, puede agravar la sintomatología depresiva.

Sueño y descanso ^(21, 23): El sueño es básico tanto para el mantenimiento de la salud física como mental. Cuando el bebé ya ha nacido el ritmo de sueño se ve alterado con frecuencia. Por ello es importante aconsejar que aproveche los períodos de descanso del niño, independientemente de la fase del día que sea.

Para favorecer la conciliación del sueño se pueden proponer algunas estrategias como darse un baño relajante antes de acostarse, un masaje, técnicas de relajación o meditación... Y para interrumpir lo menos posible el sueño por la noche se puede aconsejar que solicite ayuda para las tomas nocturnas.

Estas medidas pueden servir de utilidad a aquellas mujeres que ya presenten alteraciones en el estado de ánimo, ya que la mayoría se acompañan de dificultades para dormir.

Ejercicio: El ejercicio físico moderado es beneficioso en este período, ya que favorece la liberación de endorfinas, que a su vez contribuyen a la mejora de la función cerebral y de la sensación de bienestar y además aumenta la autoestima y disminuye la ansiedad ^(23, 24).

Durante el puerperio, sobre todo los primeros días después del parto, es probable que la madre no tenga ganas de salir a la calle. Se debe recomendar que vaya introduciendo desde el principio la actividad física en sus rutinas diarias, ya que esto favorece la recuperación físico-orgánica, la recuperación del equilibrio y de la imagen corporal y con ello la madre se beneficiará física y psicológicamente ^(21, 22).

Espiritualidad y ocio: Es recomendable que la madre recurra, si lo necesita, a lo que en el pasado le ha hecho sentir feliz y alegre. Pueden servir para ello diversas estrategias que la ayuden a tener sensación de bienestar, relax o motivación, desde la religión hasta otras actividades como la lectura o escuchar música ⁽²³⁾.

Visitas: Es importante que la madre se organice las visitas de los familiares y amigos, las llamadas telefónicas..., puesto que generalmente, aunque se hagan con buena intención, se reciben visitas en momentos en los que la madre está descansando o se está atendiendo al hijo (baño, lactancia...). Programar las visitas es algo que al principio puede resultar violento a los padres, pero a la larga tiene beneficios. Tener que estar pendiente de las visitas, además de preocuparse por los cambios físicos y psicológicos que está experimentando, es algo que puede desbordar a la madre y convertirlo en un riesgo añadido e innecesario ⁽²¹⁾.

Relación y comprensión: Conservar las relaciones sociales activas y evitar la soledad ayuda a mantener el equilibrio psicológico. Las mujeres que se sienten deprimidas tienen una visión negativa y, en ocasiones, se sienten inseguras y culpables o avergonzadas por ello. Esto es un sentimiento equivocado y la comprensión y la aceptación por parte de la familia y de los amigos favorecen que la mujer recupere la confianza en sí misma. Para ello, los grupos de apoyo pueden ser una buena opción, ya que la mayor comprensión la van a encontrar en quienes han pasado o están pasando por la misma experiencia ⁽²³⁾. A tal fin, se puede sugerir a la mujer que mantenga el contacto con las mujeres con las que se asiste a la educación prenatal o que se encuentran en una etapa de su vida similar.

DETECCIÓN PRECOZ

La detección precoz de estas alteraciones no es fácil; y esto hace que muchas de las pacientes que las sufren pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse escépticas de revelar sus sentimientos.

Para poder realizar un correcto diagnóstico de la alteración y facilitar una detección precoz de la misma, es necesario contar con determinados factores acerca de la mujer:

- Conocer su Historia Clínica completa.
- Identificar si se encuentra en un grupo de riesgo. Es decir, si algún aspecto biopsicosocial de su vida pudiera predecir una mayor probabilidad del desarrollo.
- Haber ofrecido una información adecuada a ambos miembros de la pareja sobre los síntomas patológicos y los posibles sentimientos que pueden aparecer.
- Mantener una adecuada relación profesional sanitario-paciente ⁽³⁾.

Existen múltiples escalas de las que el personal sanitario se puede servir como herramienta para evaluar y, por lo tanto detectar la presencia o el grado de expresión de aspectos como la depresión, melancolía, ansiedad, apoyo social o autoestima entre otros. Algunas de las más reconocidas son las siguientes:

Escala Edimburgo para la Depresión Postparto (EPDS) (Anexo2) ^(25, 26): Esta escala está dirigida a la detección precoz de signos de depresión postparto en el puerperio, realizando preguntas a la mujer sobre cómo se ha sentido en los últimos siete días. Se trata de un instrumento de autoevaluación que contiene 10 preguntas, con 4 opciones que se valoran de 0-3, siendo los valores más altos los que indican la presencia o intensidad de los síntomas. Esta escala además ha demostrado estar altamente aceptada por las madres y ser fácil de aplicar en la rutina diaria. Además, se está comenzando a usar para detectar cuadros depresivos en el embarazo, por lo que existen versiones validadas para mujeres que no se encuentran en el período del postparto ⁽²⁷⁾.

Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Ham-D) ^(28, 29): Se trata de una escala heteroaplicada que muestra de manera cuantitativa la intensidad del trastorno depresivo, siendo útil en cualquier momento del embarazo o puerperio. La última versión consta de 17 ítems valorados de 0-4, donde los valores más altos muestran mayor intensidad de sintomatología depresiva (Anexo 3).

Del mismo modo existe la escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad, que permite determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente, haciendo referencia a síntomas de ansiedad no ligados a depresión.

Subescala de ansiedad de Goldberg (Anexo 4) ^(6, 30): Es una escala heteroaplicada que se realiza durante la entrevista clínica. Consta de 9 ítems, en los que los 4 primeros determinan si existe probabilidad de que el paciente presente un trastorno de ansiedad y, en caso de ser positivo, las últimas 5 confirman que existe un caso probable de trastorno de ansiedad si el resultado total es ≥ 4 .

RESULTADOS

Para la obtención de los resultados que expongo a continuación, desarrollé un guión en el que basarme (Anexo 1), que me sirviera para la práctica y no significara para la mujer un examen de su estado emocional.

Los datos obtenidos proceden de 27 púérperas con las que tuve la oportunidad de tratar durante mi rotación de prácticas en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia del HURH. La relación de datos, como se muestra en el Gráfico 1, es la siguiente:

- La alegría es el sentimiento más comúnmente identificado entre las madres, aunque no excluye de la presencia de ansiedad, agobio/estrés o tristeza/depresión en algún momento de su embarazo o puerperio precoz.
- El agobio/estrés es el sentimiento negativo más identificado tanto durante el embarazo como en el puerperio precoz. Está asociado en la mayor parte de los casos a alguno de los siguientes factores: soltería, pareja no responsable del hijo, minoría de edad, falta de apoyo, nivel económico bajo problemas en el entorno de laboral o problemas de salud en el hijo o la madre.

- La ansiedad es el segundo síntoma más identificado por las madres durante la gestación y en el puerperio precoz, estando relacionada con: soltería, falta de apoyo y extremo de edad (mayor de 40).
- En cuanto a la tristeza/depresión, es el síntoma que menos ha aparecido, encontrándose asociado por un lado a situaciones de soltería, extremo de edad (minoría de edad) y falta de apoyo, y por otro lado estando injustificada.

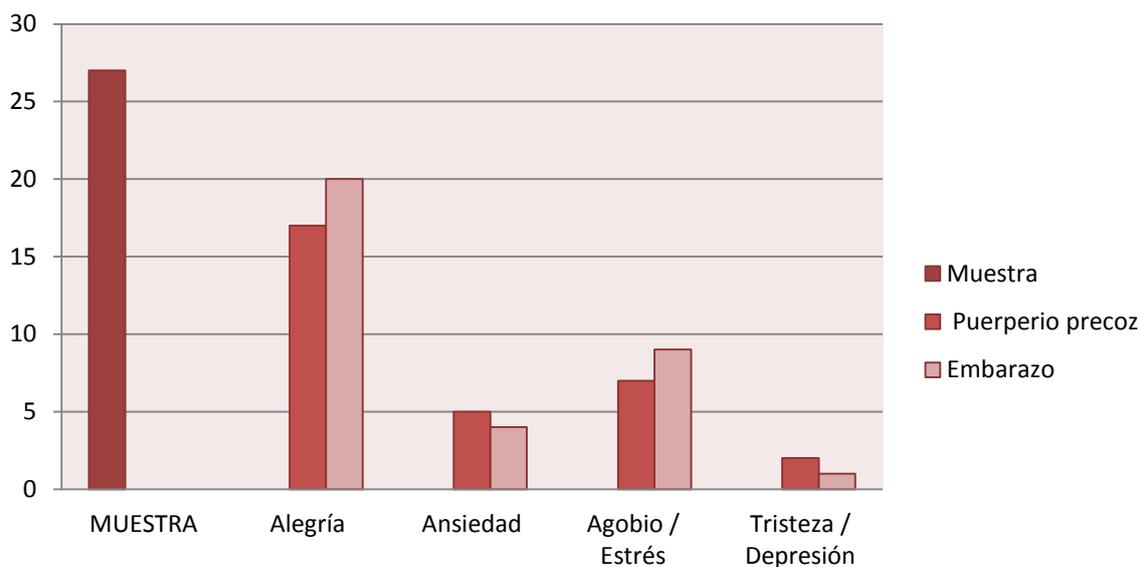


Gráfico 1: Relación de sentimientos identificados por las puérperas

- En cuanto a la solicitud de ayuda, si se mantuviesen en el tiempo los síntomas antes descritos, la mayoría acudiría a la familia y/o amigos, seguido de las redes de apoyo como segunda opción.
- Por último, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de las mujeres afirma haber recibido información sobre los cambios psicológicos y emocionales que ocurren durante la gestación y el puerperio en igual medida por los profesionales sanitarios y por la familia y/o amigos.

Si bien este análisis por su carácter limitado no es extrapolable, sí busca servir de apoyo a la teoría con la que he trabajado.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados que obtuve de la valoración a la muestra de población citada anteriormente, observé que los sentimientos que se reconocían eran fundamentalmente de alegría y satisfacción, aunque esto no omitía el hecho de que algunas mujeres identificaran sintomatología con carga psicoemocional negativa en la realidad de su embarazo y puerperio precoz.

Reconociendo que la manera más idónea al alcance del personal de enfermería para afrontar dichas alteraciones se basaría en la detección precoz y la prevención primaria, atendiendo a los resultados antes mencionados considero que, además, sería una adecuada iniciativa la de crear grupos de apoyo para mujeres con patología mental previa al embarazo o que la hayan desarrollado en el contexto de la maternidad, al igual que existen para la lactancia materna y en casos de mujeres con riesgo de exclusión social. Sin olvidar la importancia de la relación que debería fluir entre Atención Primaria, encargada de la captación del embarazo, y la Especializada, donde se pueden captar a aquellas mujeres que no hayan llevado un embarazo controlado.

No obstante, este trabajo puede servir de argumento a la creación de un plan de intervención sobre la salud mental de las gestantes y las puérperas que incluya la creación de grupos de apoyo, debido a que el guión que elaboré me fue de utilidad para realizar una valoración a nivel personal y así llevar a cabo este TFG, pero no puede servir de herramienta para el resto de profesionales, puesto que estaría pendiente de validar para su posterior implantación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaviria A. S L. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (Revista en Internet). 2006; 35 (2): 210-224 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635206.pdf>
2. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matronas Profesión*. (Revista en Internet) 2006; 7 (4): 5-11 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7000/173/deteccion-precoz-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-postparto>
3. Carro García T, Sierra Manzano J M, Hernández Gómez Mª J, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General* (Revista en Internet).2000; 452-456. [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
4. Marín Morales D, Bullones Rodríguez Mª A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán Mª I, Moreno Moure Mª A, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación* (Revista en Internet). 2008; (37). [Último acceso Noviembre 2014]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf
5. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. *NURE Investigación* (Revista en Internet). 2012; 9 (60): 1-17. [Último acceso Enero 2015]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto_60.pdf
6. Castellanos Cabañas G, Gascón Buendía A I, Lapeña Moñux Y R, López de Castro F, Pozo Mula S, Rodríguez Rojas Mª J. Ansiedad y depresión en el embarazo. *Revista Presencia*. 2011; 7(13).
7. Ecuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las púerperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Profesión*. (Revista en Internet) 2004; 5 (15): 30-35 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7317/173/problemas-de-salud-y-motivos-de-preocupacion-percibidos-por-las-puerparas-antes-del-alta-hospitalaria>
8. Alba Romero C, Olza Fernández I, Aler Gay I. *Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
9. Marín Morales D, Carmona Monge F J, Toro Molina S, Montejo Rodríguez R, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L, Carretero Abellán I. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. *NURE Investigación* (Revista en Internet). 2013; 10 (62): 1-10. [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf
10. Navarrete C E, Lara-Cantú Mª A, Navarro C, Gómez Mª E, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto.

- Revista de Investigación Clínica (Revista en Internet). 2012; 64 (6): 625-633. . [Último acceso Enero 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126Iih.pdf>
11. Alemany M^a J, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. Matronas Profesión. (Revista en Internet) 2005; 6 (4): 23-27 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7058/173/aspectos-emocionales-que-rodean-al-nacimiento-estado-de-la-cuestion>
 12. Reyes Carbajal K A. Trastornos Psicológicos en la paciente embarazada. IX Curso de actualización en anestesiología en Ginecología y Obstetricia. 2008 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/260500220/8#scribd>
 13. García Vega M, Muñoz Gállego E, Mingote Adán J C, Isla I, Denia F, Hernández García J M. El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría (Revista en Internet). 2012; (103): 65-71. [Último acceso Febrero 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393297>
 14. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett E, Blanchet C, Dodin S, Njoya M. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011. Art N°: CD007559. DOI: 10.1002/14651858. CD007559. [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdfs/cd007559.pdf>
 15. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría (Revista en Internet). 2010; 48(4): 269-278. . [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
 16. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [libro en Internet]. Arlington, VA, 2013 [Último acceso Febrero 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=1pmvBAAAQBAJ&pg=PT4&dq=Asociaci%C3%B3n+Americana+de+Psiquiatr%C3%ADa.+Gu%C3%ADa+de+consulta+de+los+criterios+diagn%C3%B3sticos+del+DSM-5&hl=es&sa=X&ei=txV0VZiyBsHcUsusgLgH&ved=0CCQQuwUwAA#v=onepage&q=Asociaci%C3%B3n%20Americana%20de%20Psiquiatr%C3%ADa.%20Gu%C3%ADa%20de%20consulta%20de%20los%20criterios%20diagn%C3%B3sticos%20del%20DSM-5&f=false>
 17. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus Resultados preliminares. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría (Revista en Internet). 2014;(109): 22-31. [Último acceso Enero 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678862>
 18. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Revista Perinatología y Reproducción Humana (Revista en Internet) 2013; 27 (3): 185-193. [Último acceso Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>

19. Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de la eficacia materna durante el postparto. *Salud Mental (Revista en Internet)*. 2011; 34 (1): 37-43. [Último acceso Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n1/v34n1a5.pdf>
20. Odent M. La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Textos escogidos de Michel Odent. (3ª Ed.). Tegueste: Ed Ob Stare, SL; 2012.
21. Asociación Española de Matronas. Los consejos de tu matrona. Apréndelo todo sobre tu embarazo y primeros meses del bebé. Madrid: Ed. Present Service, S.A; 2014.
22. Martínez Bueno C, Villar Varela M^ªT (Coordinadoras). Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Barcelona; 2014.
23. Kennedy H P, Beck C T, Dirscoll J W. Una luz en la niebla: Cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas Profesión. (Revista en Internet)* 2003; 4 (13): 4-18 [Último acceso Enero 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7354/173/una-luz-en-la-niebla-cuidados-en-las-mujeres-con-depresion-posparto>
24. Fernández Fernández Arroyo M, Martín Jiménez E, Calleja de Frutos C. Gimnasia postnatal conjunta madre-hijo. *Matronas Profesión. (Revista en Internet)*. 2003; 4 (12): 4-12 [Último acceso Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7362/173/gimnasia-posnatal-conjunta-madre-hijo>
25. García Vega M, Mingote Adán J C, Muñoz Gállego E, Isla I, Hernández García E. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnóstico de depresión puerperal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría (Revista en Internet)*. 2012; (102): 54-57. [Último acceso Marzo 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393219>
26. Aceituno Velasco L (Coordinador). Proceso asistencial integrado Embarazo, Parto y Puerperio. (3ª Ed). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
27. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. 2012. <http://www.tele-psiquiatria.cl/wp-content/uploads/2014/04/Alvarado-2012-Validaci%C3%B3n-de-la-Escala-de-Edimburgo-para-embarazadas.pdf>
28. Díaz M, Amato R, Chávez J G, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus online (Revista en Internet)*. 2013; 17 (2): 32-40. [Último acceso Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/s/v17n2/art06.pdf>
29. Bobes J, Bulbena A, Luque A, dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica (Revista en Internet)* 2003; 120 (18):693-700. [Último acceso Marzo 2015]. Disponible en: http://www.unioviado.net/psiquiatria/publicaciones/documentos/2003/2003_Bobes_Evaluacion.pdf
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

ANEXO I

1.- Edad	<input type="text"/>	2.- Estado civil	<input type="text"/>
3.- Estado socioeconómico		a) Soltera	<input type="text"/>
		b) Casada/pareja estable	<input type="text"/>
		c) Pareja sin responsabilidad sobre el nuevo hijo	<input type="text"/>
4.- Puesto que ocupa el hijo que acaba de tener		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.- Sentimientos que ha identificado en sí misma desde el nacimiento (se pueden marcar varias opciones):			
a) Alegría		<input type="text"/>	
b) Ansiedad		<input type="text"/>	
c) Agobio, estrés		<input type="text"/>	
d) Tristeza, lloros, o cambios de humor		<input type="text"/>	
Si ha contestado las opciones b), c) o d): ¿Cree que están justificadas?			
No, no tiene justificación		<input type="text"/>	
Sí están justificadas por:			
a) Sensación de no saber cuidar del recién nacido		<input type="text"/>	
b) Problemas de salud materna o del niño.		<input type="text"/>	
6.- Sentimientos que ha identificado en sí misma durante el embarazo (se pueden marcar varias opciones):			
a) Alegría		<input type="text"/>	
b) Ansiedad		<input type="text"/>	
c) Agobio, estrés		<input type="text"/>	
d) Tristeza, depresión		<input type="text"/>	
Si ha contestado las opciones b), c) o d): ¿Cree que están justificadas?			
No, no tiene justificación		<input type="text"/>	
Sí están justificadas por:			
a) Problemas en el entorno familiar		<input type="text"/>	
b) Problemas de salud materna o del niño.		<input type="text"/>	
c) Problemas en el entorno laboral		<input type="text"/>	
d) Otros		<input type="text"/>	

7.- Considera que cuenta con apoyo emocional y para el cuidado del niño, que le permitan desarrollar su día a día de un modo positivo?)	
Puede contestar varias opciones	
a) Escaso	<input type="checkbox"/>
b) Adecuado	<input type="checkbox"/>
¿Quién le brinda ese apoyo?	
a) Mi pareja	<input type="checkbox"/>
b) Un familiar	<input type="checkbox"/>
c) Otros	<input type="checkbox"/>
8.- Si detectase que en su estado de ánimo surgieran sentimientos de ansiedad, tristeza o estrés mantenidos, ¿qué haría?	
a) Esperar a que se pase poco a poco	<input type="checkbox"/>
b) Pedir ayuda	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta ha sido b), ¿a quién se lo pediría?	
a) Familia y/o amigos	<input type="checkbox"/>
b) Centro de salud	<input type="checkbox"/>
c) Hospital	<input type="checkbox"/>
d) Redes de apoyo social	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha recibido información sobre los cambios psicológicos y emocionales que ocurren durante la gestación y el puerperio?	
a) No	<input type="checkbox"/>
b) Sí, por profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/>
c) Sí, por familia y/o amigos	<input type="checkbox"/>

ANEXO II

Escala Edimburgo para la Depresión Postparto (EPDS)

1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	
Igual que siempre	0
Ahora, no tanto como siempre	1
Ahora, mucho menos	2
No, nada en absoluto	3
2.- He mirado las cosas con ilusión	
Igual que siempre	0
Algo menos de lo que es habitual en mí	1
Bastante menos de lo que es habitual en mí	2
Mucho menos que antes	3
3.- Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal	
Si, la mayor parte del tiempo	3
Si, a veces	2
No muy a menudo	1
No, en ningún momento	0
4.- Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo	
No, en ningún momento	0
Casi nunca	1
Si, algunas veces	2
Si, con mucha frecuencia	3
5.- He sentido miedo o he estado asustada sin motivo	
Sí, bastante	3
Sí, a veces	2
No, no mucho	1
No, en absoluto	0

6.- Las cosas me han agobiado	
Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	3
Sí, a veces no soy capaz de afrontarlas tan bien como siempre	2
No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	1
No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	0
7.- Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	
No, en ningún momento	0
No muy a menudo	1
Sí, a veces	2
Sí, la mayor parte del tiempo	3
8.- Me he sentido triste o desgraciada	
Si, la mayor parte del tiempo	3
Si, bastante a menudo	2
No con mucha frecuencia	1
No, en ningún momento	0
9.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	
Sí, la mayor parte del tiempo	3
Sí, bastante a menudo	2
Sólo en alguna ocasión	1
No, en ningún momento	0
10.- He tenido pensamientos de hacerme daño	
Sí, bastante a menudo	3
A veces	2
Casi nunca	1
En ningún momento	0

ANEXO III

Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión.

1. Estado de ánimo deprimido (sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)	<p>0 Ausente</p> <p>1 Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado</p> <p>2 Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal</p> <p>3 Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p. ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto)</p> <p>4 Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea</p>
2. Sentimiento de culpabilidad	<p>0 Ausente</p> <p>1 Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente</p> <p>2 Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones</p> <p>3 La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras</p>
3. Suicidio	<p>0 Ausente</p> <p>1 Piensa que no vale la pena vivir la vida</p> <p>2 Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida</p> <p>3 Piensa o amenaza con la manera de suicidarse</p> <p>4 Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)</p>
4. Insomnio al principio de la noche	<p>0 Ausente. No tiene dificultad para dormirse</p> <p>1 Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (por ejemplo, tarda más de media hora en dormirse)</p> <p>2 Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noches)</p>
5. Insomnio durante la mitad de la noche	<p>0 Ausente</p> <p>1 Se queja de que está inquieto durante la noche</p> <p>2 Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)</p>
6. Insomnio al final de la noche	<p>0 Ausente</p> <p>1 Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir</p> <p>2 Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0 No tiene dificultad</p> <p>1 Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2 Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)</p> <p>3 Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad</p> <p>4 Dejó de trabajar por la enfermedad actual</p>
8. Inhibición (lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración disminución de la actividad motora)	<p>0 Habla y piensa normalmente</p> <p>1 Ligera inhibición durante la entrevista</p> <p>2 Evidente inhibición durante la entrevista</p> <p>3 Entrevista larga y difícil</p> <p>4 Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible</p>
9. Agitación	<p>0 Ausente</p> <p>1 No puede estar quieto</p> <p>2 Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3 Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado</p> <p>4 Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>

<p>10. Ansiedad psíquica</p>	<p>0 Ausente 1 Tensión subjetiva, irritabilidad 2 Preocupación por cosas sin importancia 3 Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje 4 Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado</p>
<p>11. Ansiedad somática Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudoración</p>	<p>0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Grave 4 Incapacitante</p>
<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</p>	<p>0 Ausente 1 Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal 2 Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales</p>	<p>0 Ausente 1 Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2 Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2</p>
<p>14. Síntomas genitales</p>	<p>0 Ausente 1 Leve 2 Grave</p>
<p>15. Hipocondría</p>	<p>0 Ausente 1 Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos 2 Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica 3 Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc. 4 Ideas delirantes hipocondríacas</p>
<p>16. Conciencia de enfermedad</p>	<p>0 Reconoce que está deprimido y enfermo 1 Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2 Niega que está enfermo</p>
<p>17. Pérdida de peso</p>	<p>0 No hay pérdida de peso 1 Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2 Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente</p>

ANEXO IV

Subescala de ansiedad de Goldberg (EADG).

Subescala de ansiedad		
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	SÍ NO
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	SÍ NO
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	SÍ NO
4.	¿Ha tenido dificultades para relajarse?	SÍ NO
Si hay 3 o más respuestas afirmativas, seguir preguntando		
Subtotal		
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	SÍ NO
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	SÍ NO
7.	¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	SÍ NO
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	SÍ NO
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	SÍ NO
TOTAL ANSIEDAD		
≥ 4: Ansiedad posible		