

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/15



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Autor: Jorge Giralda Sancha

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

“Hay algo tan necesario como el pan de cada día y es la paz de cada día; la paz sin la cual el mismo pan es amargo”

Amado Nervo (1870-1919)

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
2. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN	6
3. METODOLOGÍA	7
4. OBJETIVOS	8
1. Objetivo general	8
2. Objetivos específicos	8
5. MARCO TEÓRICO	9
1. Concepto	9
2. Antecedentes históricos	10
3. Factores de riesgo	10
4. Cuadro clínico	14
5. Tratamiento y asistencia enfermera	14
6. ESCALAS DE VALORACIÓN	18
7. IMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA	21
8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA	24
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
10. ANEXOS	29
I. Folleto para compartir con las mujeres	29
II. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)	30
III. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)	32
IV. Escala revisada de predictores de la depresión postparto y preguntas ...	34

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que de los 136 millones de partos que se producen cada año, 20 millones experimentan complicaciones de diversos tipos. El propósito de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sobre la depresión postparto, proporcionando conocimiento sobre la patología a los profesionales del equipo de salud, especialmente a enfermeras y matronas. Con sus consultas, este colectivo tiene la oportunidad de fomentar la Educación para Salud y reducir la incidencia de la enfermedad, realizando un cribado sistemático a través de escalas y cuestionarios validados. Desde el descubrimiento a la actualidad, se han llevado a cabo numerosas investigaciones y, sin embargo, sigue siendo una gran desconocida para muchos sanitarios. La prevalencia de la depresión postparto varía entre el 10-20% según distintos estudios, pudiendo reducirse con una detección precoz y un tratamiento efectivo a la mujer, involucrando a la familia. La depresión postparto está asociada a diferentes síntomas que pueden desencadenar pensamientos de autoaborcimiento y comportamientos obsesivos relacionados con el daño al niño y tentativas de suicidio. Los profesionales de enfermería deben proporcionar información basada en la evidencia científica tanto a las embarazadas como a mujeres del postparto e implicarse en la orientación y planificación familiar, con el fin de aumentar la salud maternoinfantil.

Palabras clave: puerperio, depresión postparto, enfermería, Educación para la Salud.

The World Health Organization (WHO) establishes that there are 136 millions of deliveries each year and 20 million of them go through different types of complications. The purpose of this paper is to make a bibliographic review about postnatal depression providing medical staff, especially nurses and midwives, with knowledge. In their consulting rooms this collective has the opportunity of promoting the National Health Education Standards and reducing the incidence rate of the illness using validated scales and questionnaires. From the medical breakthrough until nowadays, several investigations had been carried out. However, it is a rather unknown sickness. The postnatal depression prevalence is about 10-20%, yet it can be reduced with an early detection and an effective treatment involving the family of the affected woman.

Postnatal depression is associated with different types of symptoms which can trigger self-hatred thoughts and obsessive behaviors related to child damage and attempts of suicide. Nurses and healthcare professionals should provide information with scientific evidence to pregnant women and get involved in family planning with the aim of improving maternal and children health.

Key words: puerperium, postnatal depression, nursing, National Health Education Standards.

2. INTRODUCCIÓN

El presente estudio expondrá en profundidad los trastornos del ánimo en el postparto, concretamente la depresión postparto, a través de un análisis teórico complementado por una fundamentación de las intervenciones enfermeras.

Dentro de estos trastornos de ánimo en el postparto nos encontramos con tres procesos: *maternity blues* o tristeza maternal, depresión postparto y psicosis postparto. Centrándonos en la depresión postparto, es clasificada como trastorno de depresivo mayor cuyas manifestaciones clínicas son la irritabilidad, el llanto, la labilidad, una marcada ansiedad, y un largo etc. ^{1,2}.

La prevalencia de la patología aunque es difícil de precisar, pues no todos los autores y los estudios coinciden en los criterios temporales, es muy elevada. Así pues, estas dificultades de precisión se ven acrecentadas por la variabilidad de herramientas diagnósticas y el desconocimiento de los profesionales acerca de la enfermedad. Del mismo modo, la revisión bibliográfica muestra como diversos artículos no dejan claro el trastorno del estado de ánimo puerperal al que hacen mención.

Existen diferencias en cuanto a los datos de la incidencia, sin embargo, todos los estudios coinciden en que es un importante problema de Salud Pública que está creciendo ²⁻⁴. La bibliografía data de una prevalencia que puede alcanzar el 20% o incluso el 25% ⁴⁻⁶. Sin embargo, la literatura analizada también muestra porcentajes que van del 10 al 13% ^{1,3,7}.

Por lo tanto, la justificación parte de la alta prevalencia de depresión postparto, en adelante DPP, y el desconocimiento de esta patología por los profesionales sanitarios. Se focalizó el problema a través de preguntas de investigación y la lectura de artículos de carácter científico. Las preguntas de investigación que generaron la indagación para el trabajo de fin grado (TFG) han sido: ¿la depresión postparto está infradiagnosticada? ¿por qué la prevalencia es tan elevada? ¿cuáles son los instrumentos que muestran mayor fiabilidad y mejores resultados? ¿qué papel juega la tentativa de suicidio? ¿cómo influye el descenso brusco hormonal tras el parto y el síndrome premenstrual? ¿afecta que sea un parto natural o cesárea? ¿la multiparidad y un periodo intergenésico corto afecta? ¿está marcada la DPP por rasgos de la personalidad?

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y un análisis crítico en el que se comparan diferentes artículos de carácter científico. Los criterios de búsqueda establecidos no conllevan limitación temporal.

Las fuentes de información consultadas son las siguientes:

- Bases de datos especializadas en ciencias de la salud: Pubmed, Cochrane, Medline, Scielo, Índice Médico Español (IME) y Pediaclic.
- Portales de Internet y buscadores: Google, Google académico, Portal de Salud de Castilla y León, Fistera.
- Revistas de salud: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Enfermería Global, Revista de Perú de Pediatría, Revista Matronas Profesión, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Clinical Lactation, International Breastfeeding Journal, Revista Cubana de Pediatría, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Médica de Chile, Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina, Revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte, Revista de Especialidades Medioquirúrgicas, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Enfermería Clínica y Enfermería Integral.
- Bases de datos de Universidad de Valladolid
- Tesis doctorales (Teseo).

Los descriptores de Ciencias de la Salud DeCS utilizados alternan lenguaje libre en inglés y castellano: Depresión Postparto, Enfermería, Depresión Puerperal, Escala de Edimburgo (EPDS), Maternity Blues, Postpartum Depression y Postnatal Depression.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Analizar en profundidad la depresión postparto.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo implicados, así como el cuadro clínico y el tratamiento e intervenciones de enfermería.
- Favorecer la detección precoz de la enfermedad a través de las diversas escalas de valoración.
- Exponer la relación entre la depresión postparto y la lactancia materna, y establecer los beneficios que esta tiene en el curso de la enfermedad.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Concepto

Si recurrimos a la cuarta acepción de depresión por la RAE (Real Academia Española) nos encontramos con la siguiente definición: síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por una inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos ⁸. Por otro lado, la OMS (Organización Mundial de la Salud) define depresión como ‘trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración’ ⁹.

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto son divididos en tres grupos: melancolía de la maternidad (conocida en inglés bajo el nombre de ‘*Maternity Blues*’), depresión postparto y psicosis postparto.

En el primer caso, la tristeza postparto, es un fenómeno que afecta a una alta proporción de parturientas (mayor del 50%) y que se produce los primeros días de postparto (3-5 días); surge por la culpabilidad de los sentimientos depresivos en lugar de una supuesta felicidad y la desesperación por las complicaciones en los cuidados del recién nacido. Una proporción del 25% desarrollará posteriormente depresión postparto ^{1,2,10}.

Si recurrimos al DSM-IV, encontramos que dentro de los trastornos del estado de ánimo existe una especificación diagnóstica nombrada como ‘de inicio en el postparto’ para la mejora del diagnóstico y la homogenización de los grupos. Centrándonos en esta especificación, se puede ver observar como la depresión postparto engloba trastornos depresivos mayores (t. unipolares), trastornos bipolares y un trastorno psicótico breve; siempre que el inicio se haya producido antes de las 4 semanas tras el parto. Por otro lado, en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) la depresión postparto aparece en el apartado de ‘trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar’ con el código F53.

Otros autores aportan diferentes criterios temporales como se ha observado en la contrastación bibliográfica, y aunque marcan un periodo de riesgo que puede abarcar hasta el primer o tercer mes, la depresión postparto puede llegar a presentarse dentro del primer año tras el alumbramiento ^{1-3,11,12}.

El último proceso que engloba estos trastornos del estado de ánimo es la psicosis postparto, una emergencia médica. Debido a que la sintomatología que presentan las puérperas es notable, como alucinaciones y alteraciones del pensamiento que acompañan a una falta de contacto con la realidad, la detección y diagnóstico resultan ser más fáciles, aunque en ocasiones esto sólo se produce tras un daño en la madre o en el recién nacido ^{1,2,10}.

5.2. Antecedentes históricos

Los antecedentes históricos datan del 700 a.C. con la relación que establece Hipócrates entre el periodo postparto y las alteraciones del estado de ánimo, del mismo modo, Celcio y Galeno abordaban en sus textos los problemas emocionales en el puerperio. Posteriormente, la doctora Trótula en Salerno reconoce la depresión postparto.

Ya en el siglo XX vemos otras referencias a esta patología. Por ejemplo, Esquirol en 1918 describe a una mujer que tiene depresión en sus cinco embarazos, en 1952 Victoroff habla del término '*Maternity Blues*' y ya en 1958, Luis Víctor Marcé escribe el '*Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas*' que se establece como el primer tratado de psiquiatría perinatal. Por último, podemos hablar de Pitt (1968), quien describe la depresión postparto como una depresión atípica ^{2,3,13,14}.

5.3. Factores de riesgo

El embarazo es un hecho importante y resulta una experiencia que supone cambios a diferentes niveles (psicológico, biológico, económico, social) en la vida de la madre. Debido a esta cascada de cambios es común ver reacciones momentáneas de tristeza y ansiedad; pero cuando alcanzan un nivel determinado provocan en la mujer la presencia de enfermedad, debido a la vulnerabilidad que presenta al sufrimiento de trastornos psiquiátricos en el postparto. La OMS establece que se dan 136 millones de partos al año en los que 20 millones muestran complicaciones de diferente tipo ^{3,7}.

Al igual en otras patologías psiquiátricas, la etiopatogenia de la enfermedad no corresponde a una única causa clara sino a la presencia de varios factores que incrementan la vulnerabilidad que la mujer ya presenta, como se ha mencionado ⁶.

La revisión bibliográfica ha permitido analizar varios factores de riesgo abordados en diferentes estudios, los cuales se expondrán en este apartado. Aunque se podría realizar una clasificación general estableciendo la influencia de variables socioeconómicas, antecedentes personales y/o familiares, factores demográficos y perinatales, y otros aspectos como puede ser la relación con la lactancia; cada estudio determina más o menos factores causales y que predisponen a la enfermedad.

Algunos estudios establecen una clasificación que engloba las variables tan solo en tres niveles. El primero de ellos correspondería a variables sociodemográficas y abarcaría la edad de la madre, el nivel de estudios, el estado civil, el número de hijos que tiene, la situación económica y laboral, y la influencia que ha tenido el embarazo en esta última. El siguiente grupo de variables corresponde a los factores de riesgo psicosocial donde se encuentra la relación familiar de la madre con otros miembros de la familia o la vivencia de situaciones que han resultado estresantes. En el último grupo se incluirían los antecedentes y factores de morbilidad, y se analizarían los hábitos tóxicos, los antecedentes de patología psiquiátrica y los síntomas del síndrome premenstrual.

En los tres grupos existen variables que incrementan el riesgo de manera notable y en algunos casos hasta duplican las probabilidades de que la madre sufra DPP, como es el caso de que la relación con la madre y/o la pareja sea de mala calidad. Se observan en el estudio variables que arrojan un porcentaje alto en el incremento de la predisposición a la enfermedad, como la edad elevada (superior a 35 años) o una situación laboral desfavorable ⁵.

Tabla 1. Síntesis de las conclusiones encontradas.

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos bipolares • Episodios depresivos y de DPP • Baja autoestima (momento previo, embarazo y puerperio) 	<p>Se ha de destacar que el historial de depresiones postparto previas eleva las probabilidades de recidiva en un 50%.</p> <p>Referencias: ^{1,2,5-7,10}</p>
FACTORES PSICOSICALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares y maritales 	

<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social • Sucesos vividos como estresantes: entendidos como cuadros de ansiedad, depresión o estrés • Aspectos de la personalidad: neuroticismo (inestabilidad emocional), evitación al daño o perfeccionismo • Violencia familiar 	<p>El apoyo social es entendido como una vía de escape de la madre y una expresión de sentimientos, evitando que sean reprimidos. Un escaso apoyo social a la madre puede arrojar un alto porcentaje en la predisposición a la enfermedad.</p> <p>Referencias: ^{2,3,5-7,10}</p>
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral y cómo es afectada por el embarazo • Edades extremas: resaltando el embarazo adolescente • Estado civil • Nivel de estudios: considerado en algunos estudios 	<p>El perfil que presentan las mujeres con más frecuencia es de ser solteras y en edades extremas; cuando existe una situación económica débil agravada en el embarazo, las cifras se disparan.</p> <p>Existen investigaciones que determinan que un nivel de estudios superior puede actuar como factor protector.</p> <p>Referencias: ^{2,5-7}</p>
FACTORES DE MORBILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • Abortos previos • Embarazo no deseado • Multiparidad: entendiéndose como embarazos múltiples • Recién nacido con anomalías o enfermedades de base • Prematuridad • Complicaciones en la lactancia • Tipo de parto: vaginal/cesárea 	<p>La prematuridad afecta ya que el bebé se encontrará hospitalizado en la unidad de neonatología y el establecimiento de un vínculo afectivo madre-niño se verá dificultado; bien por el estado de salud de la madre, bien por esta propia hospitalización del niño.</p> <p>El parto vaginal puede actuar como factor amortiguador.</p> <p>Referencias: ^{2,4,7,13-17}</p>

Fuente: elaboración propia.

Se deben incluir en este apartado las diversas teorías neurohormonales y bioquímicas que se han planteado. Contrastando la información de diversos estudios, se puede afirmar que los altos niveles de estrógenos y progesterona en la gestación se ven normalizados en el tercer día tras el alumbramiento, alcanzándose así los niveles previos al embarazo. Sin embargo, los autores muestran diferencias de opiniones y no se puede establecer que estos cambios bioquímicos estén directamente relacionados con la depresión postparto, aunque sí se explica así la tristeza postparto o *maternity blues* ^{3,18}. Tampoco se ha validado la teoría que muestra la relación entre el cortisol plasmático tras la normalización de niveles y el estado elevado del mismo en la gestación, aunque sí se relacionan alteraciones en el eje hipotálamico-hipofisario (o hipotálamo-hipófiso-adrenal) con mayor incidencia de la depresión postparto ^{3,10}.

Con referencia a esta última hipótesis, investigadores en el campo de la psiconeuroinmunología creen en una relación entre los altos niveles de inflamación y la tristeza postparto. Se refiere a que la tristeza estaría influenciada por los cambios en los patrones de conducta (como el descanso y el sueño) que provocan las proteínas liberadas en la respuesta inflamatoria ¹⁹. Del mismo modo, los factores estresantes, tanto físicos como psicológicos, aumentarían la acción del sistema inflamatorio e incrementarían, de forma exponencial, el riesgo de sufrir depresión postparto, propiamente dicha ²⁰. Se llega a la conclusión de que la DPP es un proceso bidireccional: con el aumento de la acción inflamatoria aumenta el riesgo de depresión que provoca de nuevo el aumento del proceso inflamatorio ¹⁹.

Otras hipótesis hablan de los niveles de triptófano, precursor de un neurotransmisor relacionado con la enfermedad. Al final del embarazo se encuentra disminuido, pero como mecanismo de compensación se eleva en los primeros días de postparto. Estudios señalan que en las mujeres con DPP esto no se produciría ¹⁹.

Por otro lado, la relación entre la lactancia materna y la depresión postparto puede ser debida a que la secreción de prolactina inhibe la producción de estrógenos y progesterona, e inversamente, una ausencia de alimentación con lactancia materna favorecerá una rápida disminución de la prolactina y el descenso brusco hormonal, y por tanto, influirá en la depresión postparto ^{3,7,14,17,18}.

Para finalizar, se ha de mencionar que el síndrome premenstrual y la disforia en el mismo, pueden hasta duplicar la incidencia de esta enfermedad en la mujer ^{2,3,5,7,10}.

5.4. Cuadro clínico

Según la bibliografía revisada, existe un cuadro clínico específico de esta patología, formado por los síntomas y características clínicas que se describirán a continuación.

En primer lugar, cabe destacar que esta enfermedad aunque se ve influenciada por las características y la situación en la que se encuentra la mujer, no resulta distinguible de otros cuadros de depresión mayor en otras etapas de la vida ³.

Los síntomas que todos los artículos describen engloban el humor depresivo típico, tristeza, ganas de llorar, irritabilidad (sobre todo con el llanto del niño y hacia el cónyuge), pérdida de interés y esperanza. Del mismo modo, deben presentarse otros como alteraciones del sueño (por exceso o por defecto), cambios en el apetito y cambios en el peso, dificultades e incluso imposibilidad de concentrarse y mantener la atención, cambios en el funcionamiento cognitivo, fatiga, inseguridad y autoaborrecimiento. Paralelamente, se pueden dar síntomas añadidos como crisis de ansiedad o confusión, fobias y pensamientos obsesivos que pueden ir dirigidos al niño, o episodios de pánico. También, desapego y falta de afectividad acompañado a una disminución de la libido e inapetencia sexual ^{1-3,7,10,15,18}.

Según el DSM-IV, es necesaria la presencia de al menos cinco síntomas para poder ser tratada como depresión mayor o dos para ser considerada menor, siempre que esté presente una anhedonia y estos síntomas se prolonguen en un tiempo determinado causando un malestar importante en la mujer ³.

5.5. Tratamiento y asistencia enfermera

Siendo uno de los puntos más importantes junto con la prevención, el tratamiento muestra diversos ámbitos de actuación que se expondrán a continuación. Como en todo proceso de atención al enfermo, el profesional sanitario llevará a cabo una asistencia holística que no sólo estará centrada en la madre sino también en la familia ¹⁰. Gracias a la evidencia científica en la que se basa la argumentación de toda actuación, el enfoque biopsicosocial hará posible la obtención de una mejor respuesta clínica y una optimización de los resultados ⁷.

Un punto importante en este proceso de atención es la evaluación médica que junto con la valoración y el tratamiento llevará a la paciente hacia un estado mejor en la salud. Se incluye aquí el cribado de determinadas enfermedades como anemia o diabetes ¹⁰.

La psicoeducación constituye la primera línea de actuación y es un punto importante que siempre ha de estar presente. Los profesionales sanitarios en general, y la enfermera en particular, se encargarán de explicar la enfermedad a la paciente para que esta pueda comprenderla. Se brindará información sobre las características clínicas y los factores que en ella intervienen, así como de la prevalencia, lo cual ayudará a hacerlas ver que no son las únicas. La enfermera tiene que conseguir y animar a las pacientes a verbalizar sus sentimientos y pensamientos ^{7,18}.

Como se ha dicho, es importante que la atención sea tanto para la afectada como para la familia, y se puede conseguir a través de redes de apoyo. El plan psicoterapéutico debe incluir información como el manejo ambiental, formas de relajación y consejos sobre hábitos tóxicos como tabaco y alcohol, tarea propia de la enfermera ⁷. Hay estudios que muestran resultados positivos con el ejercicio físico en diversas variables en el puerperio, entre las que se encuentra la depresión postparto; con el ejercicio físico se consigue la liberación de endorfinas, lo que mejora el estado anímico. Existen diversos planes adaptados como puede ser un paseo grupal, sesiones de ejercicios de acondicionamiento en casa o ejercicios para la madre y educación para el bebé. Se busca la mejora en la relación social y la protección frente a soledad ²¹.

El tratamiento de esta patología es psicofarmacológico, ya que al ser un trastorno depresivo tiene un componente bioquímico. Aunque la relación con la lactancia materna se explicará en siguientes apartados, es importante tener en cuenta el tipo de alimentación que sigue el lactante, ya que muchos de los medicamentos utilizados pueden pasar al bebé. Sin embargo, debido a los enormes beneficios que la lactancia materna aporta al proceso de recuperación, es recomendable animar a la mujer con este método de alimentación si así lo desea ^{10,22}. Aunque en la situación actual ni la enfermera ni la matrona tienen capacidad de decisión en cuanto a prescripción farmacológica, sí serán las encargadas de valorar los efectos secundarios y evaluar de forma estricta la eficacia.

De forma paralela, el equipo multidisciplinar debe incluir un pediatra y una enfermera de pediatría, que se encargarán del cuidado del niño y de la evaluación de aspectos como la sedación o la ganancia de peso ¹⁰.

Si la mujer tiene referencias positivas de medicación para el tratamiento de episodios anteriores de depresión, será el fármaco de elección ^{7,10}. En depresiones postparto de carácter moderado se ha mostrado eficacia con el uso de antidepresivos, tanto antidepresivos tricíclicos como los de segunda generación, con menos efectos secundarios. Estos efectos adversos incluyen xerostomía, diarrea, nerviosismo y taquicardia, entre otros ²³. Actualmente, se ha observado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son mejor tolerados, concretamente la sertralina y paroxetina. Añadido a la buena tolerancia, diversos estudios exponen que las concentraciones que pueden encontrarse en los lactantes son muy reducidas ^{10,22}. Dado que la ansiedad y el insomnio son algunos de los síntomas que con mayor frecuencia afectan a las mujeres enfermeras, el tratamiento psicofarmacológico también está formado por ansiolíticos (benzodiazepinas) como clonazepam o lorazepam ^{7,10}.

En caso de historia de depresión postparto en embarazos anteriores, está indicado el uso de antidepresivos de forma preventiva. En la revisión bibliográfica llevada a cabo, también se ha observado la existencia de terapias hormonales con estrógenos. Aunque los estudios en este campo aún se encuentran en fase experimental, con estas terapias se neutralizan los efectos de los esteroides que influyen negativamente en el estado de ánimo ⁷.

Otro aspecto a mencionar en el tratamiento es la psicoterapia, incluye una terapia de apoyo llevada a cabo por la enfermera, con el objetivo de aumentar la autoestima; y una terapia cognitivo-conductual, instrumento de elección ya que se pueden lograr grandes modificaciones en poco tiempo, contribuyendo al bienestar y el cuidado del niño ^{7,18,24}.

Las mujeres que padecen depresión postparto, tienen sentimientos de pérdida. Con la psicoterapia a través de una exposición de los pensamientos y la capacidad materna, se busca mejorar ese sentimiento hasta eliminarlo de forma completa ¹⁰.

El último aspecto que integra el tratamiento es la asistencia psicosocial. La enfermera y la matrona desde atención primaria se encargarán de crear una atmósfera de confianza en el periodo prenatal que favorezca la verbalización de las necesidades y cambios en el postparto. Esta patología afecta a toda la familia y a veces los padres muestran furia y enfado por los sentimientos de desesperación. Por tanto, la asistencia conjunta tendrá el objetivo principal de favorecer un ambiente mentalmente saludable a la madre ¹⁰. La asistencia psicosocial tiene diferentes campos de actuación y abarca diversos ámbitos. La enfermera será la encargada de los consejos a la familia, como puede ser el animar a la implicación de otros miembros de la familia en el cuidado del niño.

Según el '*American College of Nurses and Midwives*', la entrega de información en forma de folleto a las pacientes desde enfermería puede suponer una ayuda en la recuperación. Las actividades asistenciales que se describen son (Anexo I) ²⁵:

- A. Nutrición. La enfermera, con sus conocimientos en antropometría y dietética, realizará una valoración nutricional previa y seguirá de cerca la evolución en todo el proceso. Son frecuentes cambios gastrointestinales y pérdidas de apetito que pueden empeorar el proceso de enfermedad, por ello, deberá estar siempre atenta a cualquier indicio de desnutrición. Si esto se produce, la enfermera tendrá la capacidad de recomendar vitaminas y establecer una dieta. Además, en recientes investigaciones se demuestra que los ácidos grasos α - Ω -3 (alfa-omega-3) pueden actuar como factor protector en depresiones. Por tanto, se deben recomendar los alimentos ricos en esta fuente.
- B. Comprensión. Los sentimientos de culpa son frecuentes en todas las pacientes afectadas por depresión postparto. La enfermera debe dirigir la atención en suprimir estos sentimientos y, de esta manera, progresar.
- C. Relajación y descanso. Uno de los síntomas que se muestra es la alteración del patrón de sueño; puede verse hipersomnias e insomnias prolongados, e incluso alternancia entre ambos. Se deben recomendar diversas técnicas que favorezcan el descanso, ya que un sueño reparador mostrará beneficios en todo el proceso.
- D. Espiritualidad. Se ha de fomentar la realización de actividades que favorezcan sentimientos positivos, como pueden ser la lectura, la música o el cine.
- E. Ejercicio. La realización de ejercicio muestra beneficios en diferentes aspectos. Con el ejercicio constante se liberan endorfinas que promueven la felicidad, así como eleva las células T del organismo implicadas en el sistema inmunitario.

6. ESCALAS DE VALORACIÓN

Tanto la enfermera que se encuentra en atención primaria como la matrona, tienen a su disposición una serie de cuestionarios y escalas de valoración para facilitar la detección de las mujeres en riesgo. En este apartado se describen las características de las mismas, así como su especificidad y su correcta forma de aplicación.

Escala de depresión postnatal Edimburgo

La Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS), conocida en español como Escala de Depresión Edimburgo, fue diseñada por Cox en centros de salud de Inglaterra y analiza la sintomatología depresiva de la paciente ⁵.

El cuestionario tiene 10 preguntas que hacen referencia a los síntomas de los siete días previos a su elaboración (Anexo II). Cada respuesta tiene un valor que va del 0 al 3, por lo tanto, el resultado máximo es 30. En cuanto a la interpretación de los valores, está establecido que la puntuación normal es aquella de 11 en el embarazo, menor de 16 a los 15 días de postparto y menor de 9 a los 30-40 días de postparto ^{2,5,10,26}.

Diversos estudios han demostrado que aunque la escala no puede ser utilizada como único elemento de cribado antenatal, sí puede ser utilizada como instrumento de detección de personas en riesgo dado que tanto especificidad como sensibilidad son altos ². Otros estudios afirman que la falta de relación del cuestionario con descriptores específicos relacionados con la maternidad provocan que la escala valore tanto una depresión general como específica postparto ^{10,13}.

Cuestionario de salud general de Golberg

El '*General Health Questionnaire*' de Golberg, conocido también por las siglas GHQ, va dirigido a la población general con el objetivo de identificar el riesgo de desarrollar enfermedades mentales. Por ello, puede ser utilizado en puérperas.

El cuestionario cuenta con 28 ítems estructurados en cuatro escalas sobre la sintomatología de las últimas semanas. Estas escalas son: síntomas somáticos (A), ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C) y depresión (D).

Aunque el cuestionario puede ser utilizado tanto en procesos agudos como crónicos, nos centramos en los procesos agudos de reciente aparición. Las respuestas reciben los valores de 0, 0, 1, 1; pudiéndose alcanzar un total de 7 puntos por escala y situando el límite en 6 puntos/escala (Anexo III)²⁷.

Inventario de Depresión de Beck

Aunque los estudios demuestran que el '*Beck Depression Inventory*' (BDI) tiene unas propiedades psicométricas inferiores a lo observado en EPDS, es utilizado ya que especifica el tiempo de la sintomatología centrándolo en la última semana². El cuestionario tiene 21 ítems que se basan en los criterios que establece la '*American Psychological Association*' en cuanto al diagnóstico de depresión¹⁰.

El creador de este cuestionario fue Beck, quien además desarrolló otras dos herramientas de guía¹⁰.

1. Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI): se utiliza como guía en la entrevista llevada a cabo entre la enfermera y la mujer, no como elemento de diagnosis. Puede ser usado tanto en la atención preconcepcional como en el periodo prenatal y postparto. El cuestionario se basa en factores predictivos: la depresión prenatal, el estrés al cuidado del bebé, el estrés vital, la ausencia de apoyo social, la ansiedad prenatal, la maternity blues, los problemas de pareja e historias previas de depresión. En una versión actualizada se añaden: la baja autoestima, un estado económico bajo, un embarazo no deseado y el estado civil de soltera¹⁰. La discusión de estos factores puede ayudar a la enfermera a guiar las visitas durante toda la gestación y prevenir, en un futuro, el desarrollo de la depresión postparto (Anexo IV).
2. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): utilizado únicamente en el periodo postnatal, cuenta con una gran especificidad y sensibilidad, superior a la EPDS. Se basa en varios aspectos de la nueva situación en la que se encuentra la mujer tras dar a luz: sueño/alimentación, ansiedad/inseguridad, habilidad emocional, alteraciones cognitivas, pérdida de identidad, culpa/vergüenza¹⁰.

Tabla 2. Dimensiones y tipos de preguntas a realizar en la PDSS de Beck.

<i>Dimensión**</i>	<i>Tipos de preguntas</i>
Sueño/alimentación	Dificultad para dormir, pérdida del apetito
Ansiedad/inseguridad	Sensaciones corporales, soledad, sentirse arrollada
Habilidad emocional	Experiencia de diferentes estados emocionales
Alteración cognitiva	Capacidad para enfocar y concentrarse
Pérdida de la identidad	Sentimientos de ser anormal o sensación de irrealidad
Culpa/vergüenza	Sensación de fallo, culpa o sentirse avergonzada
Considerar la autolesión	Amenaza a sí misma

Fuente: Extraída del artículo “Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto” de H. P. Kennedy, C. T. Beck y J. W. Driscoll.

Otras escalas

La literatura científica ofrece una amplia variedad de escalas y cuestionarios a aplicar en las consultas y entrevistas con la mujer. Las más relevantes son las siguientes:

1. Escala hospitalaria para la ansiedad y depresión (HAD – *Hospital anxiety and depression scale*)²⁸.
2. Escala Hamilton para la ansiedad (HARS - *Hamilton anxiety rating scale*)²⁸.
3. *Buss y Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ) para la agresividad³.

Tabla 3. Síntesis de las escalas de valoración de depresión postparto más importantes.

ESCALA/CUESTIONARIO	PERIODO DE VALIDEZ
Escala de depresión postnatal Edimburgo (EPDE)	Periodo prenatal – puerperio
Inventario de depresión de Beck (BDI)	Puerperio
Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI)	Periodo prenatal – puerperio
Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	Puerperio

Fuente: Elaboración propia.

7. IMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un factor protector de la depresión postparto. Para conocer la relación existente entre ambas situaciones, lactancia materna y depresión postparto, es necesaria la explicación previa de los conceptos básicos.

Los organismos relacionados con la nutrición del recién nacido (OMS, Asociación Americana de Pediatría, Asociación Española de Pediatría, etc.) recomiendan la exclusividad de la lactancia materna en los seis primeros meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los dos años. Esto es debido a los beneficios que aportan la composición de la leche materna y el propio acto de amamantar^{29,30}.

La leche materna es el alimento más adecuado para el recién nacido dada su composición en agua, proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas³¹. Esta leche materna es diferente en cada mujer y además cambia durante el día y la mamada; es decir, se ajusta al momento del día y a la edad tanto gestacional como postconcepcional del niño^{29,32}.

Tabla 4. Beneficios y ventajas de la lactancia materna.

	Nivel de evidencia
Beneficios para la salud	
<i>A corto plazo</i>	
Disminución del sangrado posparto	A
Aumento de la contracción uterina	A
Mejoría de la anemia	A
Recuperación del tamaño uterino	A
<i>A medio plazo</i>	
Recuperación peso/silueta	A
Amenorrea prolongada = ahorro de hierro	A
Espaciamiento embarazos	A
<i>A largo plazo</i>	
Disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico	A
Disminución de riesgo de cáncer de ovario	A
Disminución de riesgo de fracturas espinales y de cadera posmenopáusico	A
Ventajas de tipo económico	
Menor gasto en fórmulas infantiles	
Menor gasto en artículos para biberones	
Menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé	
De tipo emocional	
Vivencia única, especial, placentera	
Mejor apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo	
Satisfacción íntima	
Superación de barreras biológicas	
Menos depresión posparto/aparición más tardía	

Fuente: Extraída del libro “Lactancia Materna: guía para profesionales” del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

Tabla 5. Inconvenientes de la lactancia artificial para el bebé y la madre.

-
- Menor vínculo afectivo
 - No tiene especificidad de especie
 - Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio. Enlentece la maduración intestinal. Flora intestinal patógena
 - Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental
 - Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante
 - Peor desarrollo intelectual
 - Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia
 - Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
 - Existen evidencias científicas de que la alimentación con lactancia artificial tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé
 - El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración
-

Fuente: Extraída del artículo “Lactancia Materna: factor de salud. Recuerdo histórico” de L. Barriuso.

La lactancia materna proporciona beneficios en múltiples aspectos como protección contra el carcinoma de mama o fomento en el desarrollo intelectual. Relacionándolo con los aspectos psicológicos, la lactancia materna favorece el apego e influye positivamente en la relación afectiva^{29,31}.

La lactancia materna influiría en la salud mental de la madre, confiriendo a ésta tranquilidad y una menor reacción frente a factores estresantes. Se reduciría así la respuesta inflamatoria inducida por el estrés y disminuirían los niveles de las hormonas involucradas en aumentar la incidencia de la depresión postparto²⁰. Por otro lado, la producción de oxitocina reduce la respuesta al estrés y mejora el sueño y descanso, dejando estudios que datan un retraso en la aparición de la DPP de hasta nueve meses³¹.

También, los niveles de prolactina están inversamente relacionados con el estrés. El favorecer la lactancia mantendría estables estos niveles hormonales y el desarrollo de esta patología puerperal quedaría atenuado^{3,17,30}. Surge así una nueva relación, el descenso del factor estrés favorece la producción de leche y la conservación de la energía, lo que son factores protectores según estudios²⁰.

Dejando a un lado las teorías hormonales, la lactancia materna también está involucrada en el aumento de la autoestima y los sentimientos de éxito^{17,31}.

Como se ha explicado anteriormente, el sueño es un factor protector. Diversos estudios muestran que las madres perciben que su calidad del sueño es mejor y que los niveles de fatiga son menores cuando utiliza la lactancia materna como método de alimentación.

Por lo tanto, la lactancia materna no resulta sólo un factor protector en sí mismo sino que además provoca una reacción en cascada de otros que disminuyen la incidencia ^{17,20}.

Una práctica que guarda relación con la lactancia materna es el colecho cuya deficiencia es *‘práctica consistente en compartir la cama durante la etapa del sueño’*. Son numerosos los artículos que hablan de esta práctica, y más numerosas aún las controversias que genera. El colecho está relacionado, principalmente, con dos variables: síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y lactancia materna ^{33,34}.

En cuanto al SMSL, las investigaciones muestran que el lactante sincroniza los ciclos de sueño con la madre y se despierta más fácilmente, lo que le protege. Respecto a la lactancia materna, se consiguen menos momentos de llanto y mayor éxito, tanto en producción como en duración. Además, si la posición es correcta, tendrá libre acceso al pecho, lo que estimula la secreción de oxitocina en la madre, mejorando el sueño y descanso. Por último, el apego y el vínculo madre-hijo se verán influidos positivamente tanto por la práctica como por la lactancia. Esto quiere decir que con el colecho se fomentan varios aspectos que protegen a la madre de sufrir DPP ³³. Sin embargo, el colecho está desaconsejado por instituciones como la Asociación Española de Pediatría (AEP) en determinadas situaciones por aumentar el riesgo del SMSL (tabla 6) ³⁴.

Tabla 6. Situaciones que aumentan el riesgo de SMSL.

Factores que aumentan el riesgo de síndrome muerte súbita del lactante
<ul style="list-style-type: none">• Lactantes menores de tres meses de edad.• Prematuridad y bajo peso al nacimiento.• Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.• Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato.• Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.• Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.

Fuente: Elaboración propia según recomendaciones actuales de consenso del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2014).

Por lo tanto, aunque la decisión es siempre de los padres, cuando exista alguna de esas situaciones, la puerpera se encuentra en el postparto inmediato o está con tratamiento psicofarmacológico, la práctica está desaconsejada y se han de tomar otras alternativas como la cohabitación ^{33,34}.

8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

La depresión postparto resulta una patología frecuente que puede extenderse hasta un año después del alumbramiento, con graves consecuencias para la familia, y sobre todo, para el niño. El puerperio resulta una etapa crítica en la que se forma el apego, se inicia la lactancia materna y donde el recién nacido tiene necesidades vitales atendidas por la madre, reclamando una atención casi constante. La depresión postparto le impide a la mujer realizar los cuidados de forma óptima. El personal sanitario en general tiene un papel importante, destacando la figura de la enfermera y la matrona. Se propone que se advierta sobre la enfermedad tanto a las embarazadas como a sus parejas, fomentado así la importante Educación para la Salud.

Tanto el embarazo como el nacimiento provocan cambios en la vida de la mujer, y por tanto, en la familia. Hay que buscar la adaptación a esta nueva situación, con el apoyo de la familia, pareja y la fundamental figura de enfermería. Dado que en este periodo se presenta una alta vulnerabilidad, se ha de prestar especial atención a cualquier cambio inusual que acontezca, para detectar precozmente la DPP. El rol de los profesionales de enfermería es una prioridad para una detección precoz, orientación en los cuidados, control de la evolución y adherencia al tratamiento (por ejemplo, si toma los psicofármacos pautados por el psiquiatra). Para ello, también se propone el uso de escalas validadas.

Un diagnóstico precoz mejora la salud maternoinfantil y favorece la adaptación de la mujer. La instauración de un pronto tratamiento, dirigido a la madre y a la familia, minimiza las consecuencias, favorece el desarrollo y protege al niño de posible daño. Se plantea realizar un seguimiento exhaustivo, realizar consultas telefónicas o visitas domiciliarias que permitan comprobar la mejoría del paciente y la correcta atención del lactante. Hay que tener presente y no olvidar que la DPP no tratada puede terminar en complicaciones graves e incluso muertes por suicidios y homicidios.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arranz Lara L, Ruiz Ornelas J, Aguirre Rivera W, Carsi Bocanegra E, Ochoa Madrigal G, Camacho Díaz M, et al. Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2012; 17(2): p. 100-108.
2. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Perrero J, Barrero MP. Depresión postparto: un estudio exploratorio en una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001; 6(1): p. 37-48.
3. Adam Torres G. Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut; 2013.
4. Prevalencia de la depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2010; 75(5): p. 312-320.
5. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matronas Profesión*. 2005; 7(4): p. 5-11.
6. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*. 2012; 140(6): p. 719-725.
7. Pardo Melguizo D, Osorio Espinosa X, Velasco Ospina N. Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto. Trabajo de grado. Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología; 2012.
8. Real Academia Española: depresión. [Online].; 2012 [cited 2015 Febrero. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=depresi%C3%B3n>.
9. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: depresión. [Online]. [cited 2015 Febrero. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
10. P. Kennedy H, T. Beck C, W. Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas Profesión*. 2003; 4(13): p. 4-18.
11. Psicomed: CIE-10. [Online]. [cited 2015 Enero. Available from: http://www.psicomed.net/principal/cie10_indice.html.
12. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta ed.: Masson; 1995.

13. Urdaneta M. J, Rivera S. A, García I. J, Guerra V. M. Prevalencia de la Depresión Postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2010; 75(5): p. 312-320.
14. Bolzán C, Kunzi I, Cellerino R, Franzini C, Mendieta D. Maternidad adolescente y depresión postparto. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*. 2011 Junio.
15. Tamires Alexandre F, Nogueira Ferreira AG, d'Ávila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*. 2013 Enero;(29): p. 404-419.
16. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010 Abril; 117(5): p. 540-550.
17. Kendall-Tackett K, Cong Z, W. Hal T. The Effect of Feeding Method on Sleep Duration, Maternal Well-being, and Postpartum Depression. *Clinical Lactation*. 2011; 2-2: p. 22-26.
18. Vargas-Mendoza JE, García Jarquín M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 2009; 3(1): p. 11-18.
19. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(4).
20. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*. 2007 Marzo; 2(6).
21. Barakat R, Bueno C, Diaz de Durana A, Coterón J, Montejó R. Efecto de un programa físico en la recuperación postparto. Estudio Piloto. *Revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*. 2013;(154): p. 96-101.
22. Asociación Española de Pediatría. *Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica* Madrid: Panamericana; 2008.
23. Bravo Ortiz MF. *Psicofarmacología para psicólogos* Madrid: Síntesis; 2002.

24. Nardi B, Bellantuono C, Moltedo-Perfetti A. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión postparto. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 77(6): p. 434-443.
25. American College of Nurses-Midwives. American College of Nurses-Midwives: Postpartum Depression. [Online]. [cited 2015 Marzo. Available from: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/00000000659/Postpartum%20Depression.pdf>.
26. Alvarez Escutia A, Ponce Rosas E, Irigoyen Coria A. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2008; 9(4): p. 133-136.
27. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada: Cuestionario de Salud General de Goldberg. [Online]. [cited 2015 Abril. Available from: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf.
28. Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrejos K, Quiñones Meza E, Ruiz Sercovic K, Miñano K, et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista de Perú de Pediatría*. 2007; 60(3).
29. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007 Septiembre-Diciembre; 30(3): p. 383-391.
30. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Bellót Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista cubana de pediatría*. 2013; 86(2): p. 179-188.
31. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales Madrid; 2004.
32. Díaz-Argüelles V. Lactancia Materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Revista cubana de pediatría*. 2005; 77(2).
33. Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso C, Hernández Aguilar MT, et al. Revisión: El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*. 2012 Marzo; 14(53).

34. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de consenso. [Online].; 2014 [cited 2015 Mayo. Available from: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>.
35. Sado M, Ota E, Stickley A, Mori R. Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression. [Online].; 2012 Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009062.pub2/full>.

10. ANEXOS

I. Folleto para compartir con las mujeres

La información escrita puede suponer un apoyo a la información que propicia de forma verbal. La enfermera puede compartir con las mujeres folletos como el que se muestra a continuación.

DEPRESIÓN POSPARTO	ATENCIÓN A MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO ENFOQUE NURSE*
<p>Llevar un bebé a casa es un gran acontecimiento. Aunque a menudo es un periodo alegre, a veces las emociones y el estado de ánimo no son lo que se esperaba. Muchas mujeres experimentan la «tristeza posparto». Algunos trucos le ayudarán a comprender los sentimientos de tristeza y cuándo debe advertir de ellos a su cuidador.</p> <p>Melancolía o tristeza de la maternidad Tres de cada cuatro mujeres presentarán periodos cortos de cambios de humor, lloriqueo o irritabilidad durante la primera semana del posparto, que pueden ser peores cuando está cansada o nerviosa. Si no duerme lo suficiente o si se va poniendo cada vez más nerviosa, debería llamar a su cuidador y hablar con él.</p> <p>Depresión posparto Aproximadamente una de cada 10 mujeres presentará una depresión grave el primer año tras el parto, la mayoría de las veces en los primeros meses. Los síntomas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentimiento de fracaso como madre.• Sentimiento de pánico.• Pérdida del apetito.• Miedo a autolesionarse o causar daños al bebé.• Sentimiento de culpabilidad.• Sentimientos de angustia e inseguridad.• Sentirse desbordada.• Llorar con frecuencia.• Sentimiento de que ya no es normal o real.• Dificultad para dormir, incluso cuando el bebé está durmiendo.• Estar enfadada; sintiendo que puede explotar.• Sentimiento de soledad.• Incapaz de tomar decisiones.• No puede concentrarse.• Pensamientos de que el bebé estaría mejor sin usted. <p>No espere, si presenta alguno de estos síntomas llame a su cuidador.</p> <p>Psicosis posparto Un número muy reducido de mujeres presentará una reacción posparto mucho más grave que le hará perder el contacto con la realidad. Las mujeres que presentan psicosis posparto pueden ver u oír cosas que no existen, o mostrar conductas extrañas y a veces peligrosas. Esta es una verdadera urgencia y hay que buscar ayuda inmediatamente.</p> <p>¿Quién padecerá depresión después del parto? La depresión posparto afecta a toda clase de mujeres. La causa precisa es, probablemente, una combinación de factores, incluyendo cambios hormonales que se producen después del alumbramiento, que pueden afectar las funciones cerebrales. Las mujeres con antecedentes de depresión, que a veces «se sentían desanimadas», con historia familiar de depresión o que viven acontecimientos estresantes, tienen más probabilidades de padecer una depresión posparto. El nacimiento es un episodio importante de la vida que puede desencadenar reacciones de antiguos traumas. Si cree que cualquiera de estos riesgos se ajusta a su caso hable con su cuidador antes del nacimiento. Planificar con tiempo puede ayudar a evitar problemas que se presentan durante la depresión posparto.</p>	<p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none">• Las mujeres deprimidas tras el parto a menudo tienen poco apetito y les falta energía para preparar comidas. El cuerpo necesita una buena alimentación para recuperarse, por tanto, hay que hacer un esfuerzo para comer bien. La familia y los amigos pueden ayudar en la preparación de las comidas.• La toma de un polivitamínico diario cubrirá las necesidades fundamentales de vitaminas.• Los líquidos son importantes tanto para la salud como para la lactancia. Beber de 8 a 10 vasos de agua al día será beneficioso tanto para la madre como para el bebé.• Hay que prescindir de las bebidas alcohólicas porque su efecto depresivo podría agravar la depresión posparto. <p>Comprensión</p> <ul style="list-style-type: none">• Las mujeres que se sienten deprimidas después de dar a luz creen que el mundo se va a acabar y, con frecuencia, se sienten muy culpables y avergonzadas. Esto NO es por su culpa.• La comprensión y aceptación por parte de la familia y de los amigos es fundamental para recuperar la confianza en sí misma.• Los grupos de apoyo son una idea excelente. La mayor comprensión la encontrarán en quienes han experimentado una depresión posparto. Más adelante damos una lista de ellos (v. apéndice B). <p>Relajación y descanso</p> <ul style="list-style-type: none">• El sueño es básico para la salud y la curación. La mayoría de mujeres con depresión posparto tienen dificultades para dormir.• Pruebe diferentes estrategias: un baño caliente antes de acostarse, masaje, técnicas de relajación, o meditación.• Con el fin de conseguir unas horas de sueño no interrumpido, las madres en periodo de lactancia pueden necesitar ayuda para la toma nocturna. Pida ayuda si lleva más de dos días sin dormir. <p>Espiritualidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Es bueno recurrir a lo que en el pasado le ha hecho sentir feliz y alegre. Pueden ser muchas cosas, desde la religión a escuchar música, algo que le ayude a tener una sensación de bienestar, y a su vez le dé fuerzas para seguir adelante y empezar a recuperarse. <p>Ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejora la función cerebral y la sensación de bienestar.• Establezca un programa realista, que vaya aumentando la actividad paulatinamente. Los familiares y amigos pueden ser de ayuda con cortos paseos, o cuidando al bebé mientras usted hace ejercicio.

Fuente: Extraída del artículo “Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto” de H. P. Kennedy, C. T. Beck y J. W. Driscoll.

II. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

Instrucciones de uso:

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

Pautas para la evaluación:

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

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

Fuente: State of New Jersey, Department of Health. Disponible en:
http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

III. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)

Pautas para la evaluación:

La puntuación se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems.

El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Instrucciones de uso:

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas.

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

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

Fuente: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf

IV. Escala revisada de predictores de la depresión posparto y preguntas

Durante la gestación	Marque uno	
Estado civil		
1. Soltera	<input type="checkbox"/>	
2. Casada/cohabita	<input type="checkbox"/>	
3. Separada	<input type="checkbox"/>	
4. Divorciada	<input type="checkbox"/>	
5. Viuda	<input type="checkbox"/>	
6. Parejas	<input type="checkbox"/>	
Estado socioeconómico		
Bajo	<input type="checkbox"/>	
Medio	<input type="checkbox"/>	
Alto	<input type="checkbox"/>	
Autoestima		
¿Se siente bien consigo misma como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente útil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que posee diversas buenas cualidades como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión prenatal		
¿Se ha sentido deprimida durante la gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí afirmativo, ¿cuándo y por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?		
Sí afirmativo, ¿cuán leve o grave considera usted su depresión?		
Ansiedad prenatal		
¿Se ha sentido ansiosa durante su gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí afirmativo, ¿cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?		
Gestación no planeada/no deseada		
¿Fue una gestación planificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No desea la gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de depresión previa		
Antes de la gestación, ¿había estado alguna vez deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí afirmativo, ¿cuándo experimentó esta depresión?		
Sí afirmativo, ¿ha estado usted bajo supervisión médica durante la pasada depresión?		
Sí afirmativo, ¿prescribió su médico alguna medicación para la depresión?		
Apoyo social		
¿Cree que recibe un apoyo emocional adecuado por parte de su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su compañero (p. ej., ayuda con las tareas domésticas o cuidado del bebé)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que puede confiar en su compañero cuando usted necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que puede confiar en su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(repetir las mismas preguntas sobre los miembros de la familia y, de nuevo, sobre los amigos)		
Satisfacción matrimonial		
¿Está satisfecha con su matrimonio, o su situación de convivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está experimentando, en la actualidad, problemas en su matrimonio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Van bien las cosas entre usted y su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estrés vital		
¿Está usted experimentando actualmente cualquier suceso estresante en su vida como?:		
Problemas financieros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas matrimoniales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad grave en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traslados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después del parto, añadir los siguientes aspectos		
Estrés en el cuidado del bebé		
¿Muestra su bebé algún problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con el sueño de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperamento del bebé		
¿Considera a su bebé irritable o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llora mucho su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es difícil consolar o calmar a su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza posparto		
¿Experimentó usted un breve periodo de lloros o cambios de humor durante la primera semana después del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Extraída del artículo “Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto” de H. P. Kennedy, C. T. Beck y J. W. Driscoll.