



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

NIVELES DE PREVENCIÓN EN DEPRESIÓN POSTPARTO

Autor/a: Elena Rivera Ruiz

Tutor/a: Rosa M^a Hernández Salgado

RESUMEN:

El nacimiento de un hijo es un evento vital complejo asociado a multitud de cambios en la vida de la mujer, haciendo que el puerperio se constituya como un periodo de vulnerabilidad para la aparición de trastornos del estado de ánimo como la depresión posparto (DPP), la cual afecta alrededor de al 15% de las mujeres que dan a luz mundialmente.

Son una gran variedad de factores biopsicosociales los que dan origen a este síndrome, tratándose de una etiología multifactorial bastante compleja que hace que las labores de prevención sean una tarea complicada. Tanto las visitas domiciliarias como el apoyo telefónico, la realización de talleres o cursos sobre DPP o el contacto piel con piel en el momento del nacimiento parecen ser actividades realmente efectivas en cuanto a la prevención.

La DPP puede provocar perjuicios en el entorno familiar, de ahí la importancia de identificarla correctamente y diferenciarla de los comportamientos normales de adaptación al puerperio; la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) es en la actualidad la herramienta más validada para tal fin.

Tras el diagnóstico de DPP, el tratamiento a seguir podrá combinar psicoterapia y psicofármacos, conjuntamente con grupos de apoyo donde las puérperas puedan conversar con otras madres en su misma situación.

Como profesionales de enfermería, deberíamos dar a conocer esta realidad y facilitar la verbalización de los sentimientos en las puérperas tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada, ya que un correcto abordaje de dicha patología supondría que multitud de mujeres pudieran disfrutar de su maternidad.

Palabras clave: Depresión posparto, prevención, enfermería, puerperio.

ÍNDICE:

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Material y métodos.....	3
Desarrollo.....	4
Prevención primaria.....	4
Etiología.....	4
Actividades de prevención.....	5
Prevención secundaria.....	7
Signos y síntomas.....	7
Detección temprana a través del cribado.....	9
Tratamiento no farmacológico de la DPP.....	10
Tratamiento farmacológico de la DPP.....	11
Prevención terciaria.....	12
Resultados: caso clínico.....	13
Conclusiones.....	16
Bibliografía.....	18
Anexos.....	22

INTRODUCCIÓN:

El nacimiento de un hijo es un evento vital complejo asociado a multitud de cambios en distintas áreas de la vida de la mujer, ya que el momento de la maternidad no implica únicamente cambios a nivel físico o bioquímico, sino también modificaciones tanto psicológicas como sociales (1).

A partir de dicho momento, la madre debe adquirir nuevas habilidades, asumir nuevas responsabilidades y enfrentar un nuevo rol en la sociedad, lo cual puede acabar por producirle altos niveles de estrés y auto-exigencia. Todo esto, asociado a la presencia de distintos factores predisponentes en la mujer, hacen de esta fase del ciclo vital femenino un periodo de gran vulnerabilidad para la aparición de trastornos del estado de ánimo (1) (2).

En torno a un 60-85% de mujeres que dan a luz refieren presentar ciertos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del puerperio. Esta afección es comúnmente conocida como tristeza postparto, y se caracteriza por síntomas de intensidad leve que desaparecen de forma autolimitada sin necesidad de atención médica ni psicológica (3).

En el otro extremo encontramos la psicosis postparto (1-2% de casos), una afección psiquiátrica grave que puede llevar a la madre al suicidio, a agredir a su bebé y/o incluso a practicar el infanticidio (4).

Como término medio entre estos dos trastornos encontramos la depresión postparto (DPP), la cual afecta alrededor de al 15% de las mujeres que dan a luz mundialmente. La DPP no se diferencia en cuanto a síntomas de una depresión en cualquier otro momento de la vida, pero su importancia radica en los grandes perjuicios que puede acarrear ya no solo para la madre (configuración de la identidad materna), sino también para el bebé (vínculo madre-bebé, desarrollo y salud mental infantil) y el resto de miembros de la familia (relaciones maritales) (5).

Se han descrito diversos factores de riesgo para el desarrollo de DPP, como podrían ser una falta de apoyo social y/o familiar, la existencia de episodios depresivos previos en la madre u otros tipos de patología psiquiátrica, las edades extremas de ésta,

un embarazo no deseado, contar con un nivel socioeconómico bajo o sufrir complicaciones obstétricas, entre otros (3).

Debido a multitud de barreras, la DPP es una patología que ha permanecido invisible y que ha tendido incluso a ser ocultada o infravalorada. El estigma con el que cuentan las afectaciones psiquiátricas, la vergüenza o el temor a la crítica, la dificultad por parte de las madres de definir como "enfermedad" el malestar psicológico que sufren, la creencia de que la depresión se supera con fuerza de voluntad, la consideración de que el malestar que sufren es algo "normal" en la experiencia de la maternidad o la culpa y el sentirse "malas madres" por tener estos sentimientos negativos, hacen que la DPP sea una patología difícilmente diagnosticada y en consecuencia, susceptible de un tratamiento insuficiente (6).

Si una mujer con DPP no recibe ayuda profesional y/o no cuenta con apoyo socio-familiar, esta situación puede agravarse y llegar a convertirse en un problema crónico o recurrente, teniendo unas consecuencias devastadoras a varios niveles. Si por el contrario, la mujer es tratada y recibe la ayuda adecuada, la DPP es algo temporal y se puede alcanzar una recuperación completa, pudiendo la mujer llevar una vida totalmente plena y feliz en la que la DPP haya sido únicamente un episodio de su pasado (6).

Por parte del personal de enfermería resulta de gran importancia conocer esta patología, pues somos los profesionales de la salud encargados del seguimiento tanto de la madre como del bebé en el puerperio, y tenemos por tanto la oportunidad de detectar con antelación los síntomas sugerentes de depresión. Es importante que los profesionales sanitarios estemos informados sobre los aspectos físicos normales y patológicos del postparto, pero no debemos olvidar la importancia de la esfera emocional, dándole a esta "cara oculta de ser madre" la importancia que merece (7).

Todo lo anterior, unido a la existencia de depresión postparto o puerperal dentro de mi propia familia, y al contacto también durante el Prácticum con mujeres afectadas por dicha patología, es lo que me ha llevado a interesarme por este tema para mi TFG, fundamentándolo un poco más en las acciones preventivas y de identificación precoz, ya que como en cualquier otra patología resulta más productivo y menos costoso llevar a cabo una adecuada prevención que intervenir de forma más tardía en su tratamiento.

OBJETIVOS:

General:

- Disminuir los casos de mujeres que sufren depresión en el periodo postparto.

Específicos:

- Aumentar el número de mujeres embarazadas sobre las que se realizan actividades de prevención primaria, fundamentalmente aquellas que presentan factores de riesgo asociados.
- Incrementar la aplicación de intervenciones de prevención secundaria en púérperas ya diagnosticadas de DPP, ya sea mediante tratamiento psicológico o farmacológico.
- Disminuir la prevalencia de depresión en embarazos posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A través de diferentes bases bibliográficas como Scielo, Dialnet, Cochrane o el Portal Regional de la BVS, he llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se han incluido distintos artículos publicados en los últimos cinco años con un tema central como ha sido la DPP. A través de la lectura de los mismos he ido recogiendo información acerca de distintos aspectos relacionados con esta patología como pueden ser su prevalencia, los factores de riesgo asociados a ella, los diferentes niveles de prevención en los cuales podemos actuar como profesionales sanitarios, o los tratamientos de elección, lo cual me ha ayudado a configurar este TFG.

Con el fin de obtener unos resultados tangibles describiremos un caso clínico ficticio donde se desarrollarán las intervenciones específicas de los tres niveles de prevención, empleando la Edinburgh Postnatal Depression Scale (Anexo I) como herramienta de valoración para el diagnóstico de DPP.

DESARROLLO:

Según datos de la OMS, una de cada 20 personas refiere haber sufrido un episodio depresivo en el último año, viéndose de esta forma que la depresión es un gran problema de salud pública a nivel mundial. Además, es ampliamente conocido que las mujeres son más susceptibles de padecer este tipo de trastorno, fundamentalmente en periodos de mayor vulnerabilidad como pueda ser el momento posterior al nacimiento de un hijo (1).

El DSM-5 define como DPP todo aquel trastorno depresivo, que no presenta síntomas psicóticos, y que aparece dentro de las 4 primeras semanas del postparto. Esta definición resulta algo restrictiva, ya que en muchos casos la DPP comienza más tarde, generalmente dentro de los 3 primeros meses de puerperio. Por tanto, generalmente, se amplía dicha definición al primer año de vida del recién nacido (8).

La morbilidad relacionada con la DPP es enorme, por ello la labor de prevención es de gran importancia; ya sea a través de una prevención primaria, evitando que mujeres sanas desarrollen el trastorno; mediante una prevención secundaria, detectando la DPP en estadios precoces en los que actuemos impidiendo la progresión; o a través de una prevención terciaria, más encaminada a la rehabilitación y evitación de complicaciones que puedan invalidar o disminuir la calidad de vida de las puérperas y su entorno (9).

Prevención primaria:

En cuanto a este primer nivel, consideramos que llevar a cabo intervenciones de prevención de tipo fundamentalmente psicosocial en mujeres de riesgo, mejora los síntomas depresivos y disminuye la incidencia de DPP, además de optimizar la salud mental de la mujer (3).

Etiología:

Para referirnos a la etiología de la DPP utilizamos el término de "multifactorial", ya que son una serie de factores biopsicosociales los que dan origen a este síndrome.

Dentro de los predictores más fuertes a la hora de padecer DPP encontramos fundamentalmente: que la puérpera haya sufrido algún episodio de depresión previo a lo largo de su vida, que haya tenido síntomas depresivos o de ansiedad en el embarazo, que disponga de poco apoyo tanto social como familiar, o que haya sufrido eventos vitales perturbadores en el transcurso de su vida, entre otros (3).

En un segundo escalón encontramos aquellos factores de riesgo con un efecto moderado sobre la depresión puerperal, como pueden ser: edades extremas de la madre, estar sometida a altos niveles de estrés en su vida cotidiana o en relación al cuidado del bebé, tener poca autoestima, sufrir tristeza postparto, estar pasando por problemas de pareja, o no saber cómo gestionar el temperamento y las diferentes conductas del recién nacido (3).

Por último, contamos con otros predictores que influyen aunque en menor medida sobre la aparición de la DPP, entre ellos encontramos: la ausencia de pareja, sufrir dificultades de tipo socioeconómico, haber padecido complicaciones obstétricas o que el embarazo no haya sido deseado/planeado, entre otros (3).

Como punto importante, cabe destacar que la presencia de estos factores de riesgo no es siempre causa de DPP, aunque el conocimiento de los mismos puede ayudarnos a detectar dicha patología de forma más precoz, con los beneficios que esto conlleva. Hay multitud de mujeres que presentan estos factores de riesgo y que no sufren ningún tipo de patología. Por tanto, para llevar a cabo un diagnóstico correcto debe prevalecer en cualquier caso el juicio clínico (10).

Por otro lado, en cuanto a los cambios a nivel bioquímico, no está demostrado que una alteración de los niveles hormonales o de neurotransmisores sean causa de DPP, aunque puedan afectar y ser determinantes en mujeres susceptibles (11).

Actividades de prevención:

Hay un mayor consenso y experiencia en relación al tratamiento de este trastorno que en relación a su prevención. En un primer momento puede dar la impresión de que la DPP tiene una importante oportunidad de prevención, ya que está determinada por un "marcador" en concreto como es el nacimiento de un hijo, pero debido a la etiología multifactorial explicada previamente, esto resulta una tarea complicada (3).

Debemos incidir en que la formación del vínculo materno-filial comienza con la gestación, mucho antes del momento del nacimiento, por tanto, las intervenciones de prevención deberían comenzar durante el periodo del embarazo (1).

Las visitas domiciliarias por parte de profesionales que proporcionen apoyo durante las primeras semanas del postparto parecen ser de gran utilidad; al igual que el apoyo telefónico, el cual produce efectos beneficiosos en las pacientes en riesgo de depresión, convirtiéndose así en una intervención sencilla y del todo prometedora (12) (13).

Del mismo modo, está recomendada la realización de talleres o cursos sobre DPP, los cuales vayan dirigidos no únicamente a las gestantes, sino también a sus parejas o aquellos familiares que puedan estar interesados, generando así también una concienciación colectiva sobre este trastorno (10).

El contacto piel con piel entre el niño y la mamá inmediatamente después del parto favorece la regulación de los procesos de adaptación extrauterinos, la instauración de una lactancia materna eficaz, la creación de un vínculo afectivo, la disminución de la ansiedad materna y una mayor percepción de autoeficacia, influyendo todo esto de manera positiva en la prevención de la DPP (14).

Otras actividades como la realización de masajes terapéuticos y otras técnicas de relajación, o la práctica de ejercicio físico moderado durante el embarazo pueden contribuir también positivamente al estado de ánimo (5) (15) (16).

Junto a lo anterior, existen multitud de medidas generales sencillas que se pueden llevar a cabo en el día a día de las puérperas y que ayudarían a nivel preventivo, como por ejemplo: descansar lo suficiente, pedir ayuda con las tareas de la casa o con el cuidado del recién nacido, no querer hacerlo todo una misma, establecer una buena comunicación con la pareja y la familia sobre cómo se siente, evitar pasar mucho tiempo sola, arreglarse para salir, pasear, pasar tiempo con la pareja, conversar con otras madres que pueden hacer que la puérpera se sienta más comprendida... etcétera (10).

Prevención secundaria:

Si la DPP no se diagnostica y/o no se trata correctamente, puede acabar suponiendo graves consecuencias tanto a corto como a largo plazo en la madre, el propio bebé y el conjunto familiar.

En cuanto a la madre, puede suponer el comienzo de un trastorno depresivo recurrente que afecte gravemente a su calidad de vida. En los hijos de madres que sufren DPP se ha registrado un mayor riesgo de desarrollar problemas cognitivos, comportamentales, interpersonales, emocionales, problemas de vínculo, de apego...etcétera. Por otra parte, la DPP también afecta al conjunto familiar, debido a que las relaciones maritales y con el resto de apoyos familiares resultan sustancialmente perjudicadas (17).

Signos y síntomas:

Los trastornos del estado de ánimo durante la gestación y el postparto son variados, y pueden ir desde cortos periodos de labilidad, crisis de llanto e irritabilidad (denominado tristeza postparto), a situaciones más graves e incapacitantes como la propia DPP o la psicosis puerperal (18).

En cuanto a la DPP, sus síntomas son similares a los de una depresión en cualquier otro momento de la vida, caracterizándose fundamentalmente por: tristeza, pérdida de interés en las actividades cotidianas, disminución de la energía, pérdida de confianza y autoestima, sentimiento de culpa, disminución de la concentración, perturbación del sueño y apetito, ideas de muerte y/o suicidio...etcétera. (19).

La mujer se ve luchando contra su nueva condición de ser madre, pudiendo experimentar frustración y miedo, ya que no se ve capaz de llevar a cabo tareas simples destinadas a atender las necesidades de su nuevo hijo.

Una de las preocupaciones más comunes en este tipo de mujeres es el tema del amamantamiento, el cual acaba por convertirse en un estresor adicional en lugar de en una fuente de satisfacción, ya que la mujer puede acabar por sentirse desvalorizada y decepcionada en su competencia como madre en caso de que aparezcan problemas con la lactancia materna.

Otro punto conflictivo es el llanto del recién nacido, sabiendo la madre que algo no está bien pero viéndose incapaz de entenderlo y por tanto, solucionarlo. Esto, añadido a un pobre descanso nocturno y a una sobrecarga por todas las funciones nuevas que tiene que llevar a cabo, acaba por producir en la madre sentimientos de descontrol, desesperación o impotencia, creyéndose incapaz de cuidar de su propio hijo (19).

Una actitud muy frecuente en madres deprimidas será la sobreprotección del bebé, realizando sobre él cuidados excesivos y totalmente innecesarios, sintiendo así que no está fallando en su papel como madre. Según va pasando el tiempo, estos cuidados tan exagerados acaban por consumirla, viendo que su vida y su tiempo están totalmente enfocados a su hijo, echando de menos su vida anterior, su trabajo, y pudiendo pensar cómo sería su vida si éste no existiera. Un tiempo para sí misma acaba por ser el mayor deseo, generando esto a su vez un gran sentimiento de culpa y remordimiento.

Las relaciones con su pareja y el resto de la familia se verán gravemente perjudicadas, haciendo que la mujer se sienta sola e incomprendida en su nuevo rol como madre, ya que nadie entiende ni valora lo que ella siente. Del mismo modo, la mujer ve cómo, por el contrario, su pareja continúa con su vida normal (actividades laborales y recreativas) tras el nacimiento del hijo, pudiendo producirse en ella un sentimiento de abandono por su parte.

Todos estos pensamientos y emociones pueden desembocar en un sentimiento de rechazo o negación hacia su propio hijo, pudiendo llegar a conductas extremas como la agresividad o incluso el infanticidio, donde la madre pierde el control sobre sí misma.

Progresivamente la mujer va descuidando su apariencia, volviéndose más apática, llorosa, sin capacidad para realizar ninguna actividad...siendo también posible que se plantee la posibilidad del suicidio como una liberación de todo lo que está sufriendo.

En el supuesto de producirse el diagnóstico de DPP, poco a poco la mujer podrá ir asumiendo el control de su propia vida y llevando a cabo diferentes opciones de tratamiento que recuperen su estado original y vayan así construyendo una buena maternidad (19).

Detección temprana a través del cribado:

Diagnosticar la DPP no es tarea fácil, ya que su sintomatología puede confundirse con algunos comportamientos normales de adaptación al puerperio. Debido a esto, hay aproximadamente un 50% de casos de esta patología que no son diagnosticados, ni por tanto, tratados correctamente (20).

Llama la atención que este trastorno tan frecuente no se diagnostique, a pesar de que su prevalencia es mayor que la de otras patologías obstétricas a las que se da una mayor importancia en la práctica clínica, como la preeclampsia, el parto prematuro o la diabetes gestacional (10).

Esta alta tasa de subdiagnóstico puede estar debida a diferentes obstáculos como puedan ser: una mayor atención en este periodo al bienestar del bebé, la complicación en la mujer de asumir y priorizar su malestar emocional, el estigma, la vergüenza, el miedo a la crítica, la culpabilidad...etcétera (3).

Resulta una tarea pendiente la aplicación de escalas o instrumentos de cribado sistemático para la detección de este trastorno, entre algunas de las escalas que pueden sernos de utilidad encontramos:

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Se trata de un instrumento de fácil aplicación que ha demostrado poseer las mejores propiedades para la detección del riesgo de padecer DPP. Esta escala consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas, las cuales se puntúan de 0 a 3, de acuerdo con la presencia o intensidad de los siguientes síntomas: disforia, insomnio, pérdida de placer, disminución del desempeño en el día a día, culpabilidad o ideas de muerte y/o suicidio. Una puntuación por encima de 11 puntos, sería susceptible de riesgo de depresión postparto, y por tanto, esa mujer debería ser valorada correctamente por profesionales especializados para diagnosticar correctamente la depresión si hubiera y proceder al comienzo del tratamiento (21).

Esta escala debería completarse aproximadamente unas 6-8 semanas después del parto, se establece este momento como el idóneo debido a que representa el máximo de prevalencia de esta patología, además de que ya ha pasado el suficiente tiempo como para que hayan desaparecido los síntomas adaptativos normales del puerperio (22).

El problema que surge en relación a esta escala radica en la subjetividad de las preguntas, las cuales tratan cuestiones tan personales que no se sabe hasta qué punto son respondidas de manera correcta (7).

Sería recomendable que esta escala fuera contestada de forma sistemática por todas las púerperas antes de su regreso a domicilio, contribuyendo así de forma positiva tanto a la prevención como a la detección precoz de dicho trastorno (10).

La sospecha de DPP está fuertemente asociada a alteraciones en el vínculo materno-filial, por lo que puntuaciones altas en escalas como la Parental Bonding Questionnaire (PBQ), la cual evalúa el vínculo de la díada, podría darnos información útil sobre la relación entre madre e hijo y por tanto, sobre depresión postparto (17).

Escalas relacionadas con la depresión como la escala de depresión de Beck o la escala de Goldberg, empleadas conjuntamente con las expectativas de la persona sobre su propio futuro y los síntomas sugerentes de depresión, pueden también ser de gran utilidad (23) (24).

Tratamiento no farmacológico de la DPP:

Una vez establecido el diagnóstico, ha sido fuertemente demostrada la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas tanto individuales como grupales en el manejo de la DPP, siendo por tanto, una importante alternativa de tratamiento a este tipo de trastorno (3).

La psicoterapia, ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual se va a basar fundamentalmente en (4):

- Brindar educación e información a la mujer, pareja y familiares sobre la depresión postparto.
- Controlar, disminuir e ir extinguiendo los síntomas propios del trastorno.
- Conversar sobre las diferentes dificultades, miedos o angustias que sufre la madre en su nuevo rol.
- Actuar sobre el vínculo materno-filial y la relación de pareja a través de diferentes estrategias que incluyan no únicamente a la madre, sino también al propio bebé y al padre.
- Promover un buen funcionamiento familiar.
- Disminuir las situaciones estresantes de la actualidad.

- Buscar y fortalecer las redes de apoyo con las que cuenta la madre, ya sean de tipo familiar, social y/o institucional.

Del mismo modo, acciones llevadas a cabo por otros profesionales de la salud como enfermeras (visitas domiciliarias) o psicólogos (apoyo telefónico) fuera de la propia terapia, también suponen una importante fuente de ayuda para las puérperas diagnosticadas de depresión (12) (13).

Al igual que en la prevención de tipo primario, otras opciones de tratamiento no farmacológico que pueden ayudar a las madres en su recuperación podrían ser tanto la realización de ejercicio físico (segregando endorfinas y generando un beneficio psicológico), o llevando a cabo masajes infantiles guiados por un instructor especializado (lo cual está demostrado que disminuye la sintomatología depresiva y ayuda a la mejora del vínculo) (5) (16).

Del mismo modo, entre las medidas más valiosas, efectivas y "sencillas" para combatir la DPP, estarán siempre el apoyo de la pareja y de los familiares cercanos, la comunicación y el evitar el aislamiento manteniendo unas relaciones sociales adecuadas (10).

Tratamiento farmacológico de la DPP:

En algunos casos es necesaria la administración de psicofármacos como antidepresivos y benzodiazepinas. En mujeres que alimentan a sus bebés a través de la lactancia materna, resulta muy importante la información de los beneficios y los riesgos que esta opción de tratamiento puede suponer tanto para ellas como para la salud de sus bebés (25).

La preocupación por posibles efectos negativos en la salud de su bebé suele ser la mayor causa de rechazo o de abandono de este tipo de tratamiento, igual que muchas otras mujeres rechazan las intervenciones psicoterapéuticas por una percepción de ineficacia, ya que les parece "simplemente hablar" (6).

Como terapia farmacológica destaca fundamentalmente el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como Sertralina o Paroxetina, ya que

muestran niveles indetectables en el bebé, a diferencia de otros como la Fluoxetina o el Citalopram, los cuales muestran un mayor paso a la leche materna (25).

Otra opción diferente de tratamiento farmacológico parecía que podía ser la administración de estrógenos (hormonoterapia), pero por el momento los estudios no han sido concluyentes (3).

En los casos en que la puérpera presente una DPP de intensidad moderada o grave, lo ideal en cuanto al tratamiento será la combinación de intervenciones psicoterapéuticas conjuntamente con ayuda farmacológica (25).

Prevención terciaria:

El último nivel preventivo lo encontramos en la prevención terciaria, más enfocada a la formación de grupos de apoyo a mujeres que sufren este tipo de trastorno del estado de ánimo. Se trata por tanto de sesiones grupales que faciliten un ambiente de intimidad y confort, y que de esta forma garanticen el debate y el desarrollo de estrategias para superar las dificultades de la vida cotidiana. Aquí las madres podrán establecer conversaciones con otras mujeres que están pasando por lo mismo que ellas, compartiendo así ideas y vivencias, lo cual puede acabar por suponer para ellas un gran apoyo (10).

Es importante que este tipo de sesiones puedan incluir también otros participantes como las parejas o los familiares de las puérperas, ya que éstos influyen en la vivencia subjetiva del trastorno por parte de las mismas, ya sea agravando o atenuando su sintomatología depresiva (1).

Por otro lado, además de estos grupos de apoyo, será importante la intervención tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, fundamentalmente por nuestra parte como profesionales de enfermería, donde debemos dar a conocer esta realidad y facilitar la verbalización de los sentimientos y pensamientos de la mujer, ya sea en las consultas obstétricas de control pre-postnatal, en las unidades maternas de hospitalización o en las consultas de pediatría (10).

RESULTADOS -CASO CLÍNICO-:

Con la finalidad de plasmar cómo se llevarían a cabo las actividades descritas de los diferentes niveles de prevención, desarrollaremos un caso clínico ficticio:

Patricia es una mujer de 37 años, secundípara, cuyo anterior hijo tiene 20 años y vive de forma independiente en otra ciudad debido a sus estudios. Este embarazo es deseado con su actual pareja, pero él se ve obligado a viajar frecuentemente por temas laborales y pasa mucho tiempo fuera de casa. El mismo día del parto tuvo que irse a las pocas horas, por lo que Patricia pasó el puerperio acompañada de algunos familiares y amigos que le recordaban en multitud de ocasiones, según refería ella al personal de la unidad de hospitalización, la ausencia de su pareja.

Durante el ingreso, el cual duró 75 horas ya que se le practicó una cesárea por RPBF (Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal), la lactancia fue mixta debido a una escasa lactopoyesis por deficiencia de succión por parte del bebé, por lo que fue dada de alta con una lactancia de este tipo. A pesar de los intentos por parte de Patricia, al llegar a casa el bebé continúa sin adoptar un buen agarre, produciéndola además multitud de grietas y heridas, haciendo que el momento de las tomas se convierta en una pesadilla para ella. Además se siente muy agobiada, ya que tampoco puede dejar de lado todos los cuidados de la casa, refiriendo que no puede "dividirse" para hacer frente a todo, y que su marido no es demasiado colaborador en estos aspectos.

Con el paso de los días, Patricia va sintiéndose progresivamente más cansada, decaída, irritable, y sin ganas ni fuerza para hacer nada de lo que antes hacía con gusto. Tras varios días en los que se ausenta a tomar café con sus amigas, una de ellas se preocupa y decide ir a visitarla a casa, viendo su situación y recomendándole acudir a su médico de familia.

En dicha visita al Centro de Salud, el médico parece quitarle importancia a los síntomas que refiere Patricia, recalcando que es algo totalmente normal tras dar a luz, ya que "sus hormonas están revolucionadas", y que solo tiene que tener paciencia y ser más positiva. Esto hace que Patricia no reciba una ayuda precoz adecuada y que su situación vaya agravándose con el paso de los días.

Al cabo de 6 semanas tras el parto, acude a una revisión con su ginecólogo, y éste nota que Patricia no se encuentra bien anímicamente. Al preguntarle acerca de estos primeros días del puerperio y sobre su bebé, Patricia se echa a llorar, refiriendo que todo el mundo se preocupa por cómo está el bebé, pero que nadie se preocupa por cómo está ella. Además nota que le supone gran esfuerzo y dificultad hacer cosas que antes hacía con total normalidad, además de verse "atada a un cochecito" siempre que quiere salir a la calle. También comenta que su marido la evita sin saber cómo hacer frente a la situación, y haciendo que cada vez se sienta más sola y desgraciada.

El ginecólogo conversa con ella y le comenta que es probable que esté sufriendo un trastorno del estado de ánimo, lo cual puede ser frecuente tras dar a luz, y negocia con Patricia la posibilidad de ser valorada por un psiquiatra que pueda ayudarla en esta etapa que está viviendo. Ella al principio se muestra muy reticente e incluso ofendida de que "le llamen loca", pero finalmente el ginecólogo termina por convencerle de que ésta es la mejor opción para que vuelva a ser ella misma.

En la consulta de Psiquiatría, Patricia es valorada a través de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), confirmándose la sospecha de riesgo de DPP con el siguiente resultado:

He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	2
He disfrutado de mirar hacia delante	3
Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	2
He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo aparente	3
He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	1
Las cosas me han estado abrumando	3
Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	3
Me he sentido triste o desgraciada	2
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	2
Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	0

TOTAL: 21 PUNTOS, PROBABLE DEPRESIÓN.

A partir de este momento, Patricia entra en contacto con un terapeuta, y a pesar de su negación inicial, poco a poco va entrando y participando cada vez más en la dinámica, sintiéndose progresivamente más cómoda. Van alternando terapias individuales, con otras grupales, donde conoce a otras muchas mujeres en su situación, lo cual va haciendo que deje de sentirse un "bicho raro".

En dichas terapias hablan sobre diversos aspectos de la DPP que ella no conocía, exterioriza sus miedos sin temor a ser juzgada, llega a sentirse identificada con los miedos de otras madres que están en su misma situación, e incluso acaba por reconocer como propios otros muchos temores que ni siquiera sabía que tenía.

También hay diferentes sesiones que incluyen a la pareja, al bebé o a ambos, y en las que se trabaja de manera conjunta con diferentes estrategias terapéuticas para reforzar el vínculo y el apego de la unidad familiar, haciendo que Patricia se vaya sintiendo progresivamente más cómoda en su nuevo rol como madre.

Al mismo tiempo, es visitada varias veces al mes por su enfermera del Centro de Salud, la cual supone para ella también una gran fuente de desahogo; al igual que sus amigas, que acaban por convencerle para apuntarse todas juntas a un gimnasio en el cual van a diferentes actividades en las que además de pasar un buen rato todas juntas, practican deporte, lo cual va ayudando a que Patricia vuelva a ser la que era tanto física como emocionalmente.

Con el avance de la terapia, su marido también va asumiendo mayores responsabilidades y estando más involucrado tanto en las tareas del hogar como en su nuevo rol como padre, haciendo que Patricia vaya teniendo más tiempo para sí misma y no sienta ese agobio que le oprimía durante las primeras semanas del postparto.

Al cabo de un tiempo, aunque Patricia ya se encuentra bien, su terapeuta le recomienda seguir acudiendo a unos grupos de apoyo próximos a su Centro de Salud para prevenir posibles recaídas y recuperarse por completo, a los cuales acude con gusto. Con el paso de las semanas, Patricia se siente plena y feliz con su maternidad, adora a su bebé y refiere que su relación de pareja ha salido reforzada.

CONCLUSIONES:

Tras la revisión de diversos artículos bibliográficos en relación a la DPP, se demuestra el hecho de que se trata de un problema sanitario serio e importante a nivel de salud pública, y sobre el cual queda aún mucho camino que recorrer; ya que durante años no se le ha dado la suficiente visibilidad y ha sido ocultado tanto por las propias madres y sus familias, como por los profesionales de la salud, entre los cuales se encuentra la Enfermería.

Como profesionales de dicho sector, deberíamos ampliar nuestro campo de visión y no centrarnos únicamente en los aspectos físicos del puerperio, sino darle también a la esfera psicológica la parte de protagonismo que le pertenece, ya que como hemos podido comprobar, la DPP afecta a más mujeres que multitud de problemas físicos a los cuales se acaba por dar una mayor importancia en la práctica asistencial.

En ningún momento debemos obviar o infravalorar quejas somáticas reiteradas, cansancio o dolores en las puérperas, llamadas para pedir ayuda, madres preocupadas o con miedo...etcétera, ya que en multitud de ocasiones -y más si aparecen factores de riesgo asociados-, esto puede estar indicándonos la presencia de algo mucho más grave como es la DPP.

Es importante tener claro que no existe un "ideal de madre", ni una "supermujer" que deba cumplir ninguna expectativa social en la que la mujer deba ser totalmente autosuficiente y competente en todas sus labores, ya que esto acaba por ser muy difícil de alcanzar, haciendo que la búsqueda reiterada de este objetivo provoque el agotamiento en la mujer y suponga para ella un estresor adicional, con todo el perjuicio que eso conlleva.

Las diferentes actividades propuestas anteriormente en los distintos niveles preventivos han demostrado resultar de gran utilidad para el correcto abordaje de este trastorno, comenzando por identificar adecuadamente a las mujeres susceptibles en las unidades de hospitalización o en las consultas de Atención Primaria, y pudiendo actuar así sobre ellas implementando las diferentes medidas preventivas que nos competen como enfermeras.

Del mismo modo, tenemos como "tarea pendiente" la valoración adecuada de dichas puérperas a través de las escalas de tamizaje diseñadas para tal fin, pudiendo así ser diagnosticadas correctamente y comenzar lo más pronto posible con un tratamiento psicosocial o farmacológico si así fuera necesario. Por último, incidiremos en la importancia de una recuperación completa por parte de las puérperas afectadas por la DPP, evitando que este trastorno pueda dejar cualquier tipo de secuela a largo plazo, así como volverse a repetir en embarazos posteriores.

La prevención no debe centrarse únicamente en aquellas enfermedades que provocan un impacto significativo en cuanto a costos, sino que se debe considerar del mismo modo el factor humano, valorándose la angustia que la patología en concreto genere tanto en el paciente como en su familia, por lo que en ningún momento debería dejarse de invertir en cuanto a prevención de enfermedades, ya que se trata de una de las acciones más importantes dentro de la salud que puede ayudar a que -en este caso- multitud de mujeres puedan construir una maternidad plena y feliz.

"La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada" A.Schopenhauer

BIBLIOGRAFÍA:

1. Olhaberry Huber M, Romero Jiménez M, Miranda Largo Á. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé. [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 3. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DepresionMaternaPerinatalYVinculoMadrebebe-5147360%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DepresionMaternaPerinatalYVinculoMadrebebe-5147360%20(2).pdf).
2. Tobón Borrero LM. Predictores de depresión posparto en puerperas atendidas en la ese municipal. Villavicencio. 2014. [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 3. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-PredictoresDeDepresionPospartoEnPuerperasAtendidas-5053068%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-PredictoresDeDepresionPospartoEnPuerperasAtendidas-5053068%20(3).pdf).
3. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-98872015000700010.
4. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. [Online].; 2013 [cited 2017 Enero 3. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008.
5. Olhaberry Huber M, Escobar Fernández M, San Cristóbal P, Santelices Álvarez MP, Farkas Klein C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé. [Online].; 2013 [cited 2017 Enero 3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200011.
6. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. [Online].; 2015 [cited 2017 Enero 3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-98872015000400002.
7. Tamires Alexandre F, Nogueira Ferreira AG, d'Ávila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muñoz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*. 2013 Enero; 12(1).
8. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000100001.

9. Del Prado J. Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 26. Available from: <http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/>.
10. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003.
11. Molero KL, Sanabria V C, Urdaneta Machado JR, Baabel Zambrano N, Azuaje Quiroz E, Contreras Benítez A, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008.
12. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Calendarios de visitas domiciliarias a principios del período posparto. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 26. Available from: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011725805&DocumentID=CD009326>.
13. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Apoyo telefónico para las mujeres durante el embarazo y las primeras seis semanas posparto. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 26. Available from: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011725805&DocumentID=CD009338>.
14. Dois C A, Lucchini R C, Villaroel D L, Uribe T C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. [Online].; 2015 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200009.
15. Scherrer de Araújo W, Garcia Romero W, Zandonade E, Costa Amorim MH. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02806.pdf.
16. Méndez-Cerezo ÁJ. Depresión postparto y ejercicio. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 26. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006.
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 de enlace. 2014;(109).

18. Sado M, Ota E, Stickley A, Mori R. Hipnosis durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal para prevenir la depresión puerperal. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 2. Available from: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011732087&DocumentID=CD009062>.
19. Rodrigues da Silva MA, Angelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto en mujeres en el contexto de la familia. Enfermería Global. 2016 Abril; 15(2).
20. Dois A, Uribe C, Villaroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 1. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
21. Lopes Meneces F, Netto de Oliveira AM, Pinto Lemos LA, Arruda da Silva P, Pereira da Costa Kerber N, Santos da Silva MR. Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. Enfermería Global. 2012 Julio; 11(27).
22. Rojas Gómez MA, Rodríguez L. Depresión postparto según la escala de Edimburgo en pacientes puérperas. Hospital central de Maracay, Febrero-Agosto 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 2. Available from: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/4161/1/mrojas.pdf>.
23. Rojas M I, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y el posparto y apoyo al tratamiento. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 2. Available from: <http://docplayer.es/12148195-Protocolo-de-deteccion-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-posparto-y-apoyo-al-tratamiento.html>.
24. García Vega M, Mingote Adán JC, Muñoz Gállico E, Isla I, Hernández García JM. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnóstico de depresión puerperal. Cuadernos de psiquiatría psicosomática y psiquiatría de enlace. 2012;(102).
25. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Tratamiento andidepresivo para la depresión posparto. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 2. Available from: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011732281&DocumentID=CD002018>.

ANEXOS:

Anexo I: Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y postparto (23):

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, marque con una X en el casillero la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Debe responder las 10 preguntas y únicamente una opción de cada una.

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado de mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Mucho menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	

6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichado que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		d) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada, el puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems:

a) = 0 puntos	b) = 1 punto	c) = 2 puntos	d) = 3 puntos
---------------	--------------	---------------	---------------