



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO POR EL ENTORNO DE LA PUÉRPERA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA.

Ana Martínez de Quel Moreno

Tutelado por: M.^ª Del Carmen Rojo Pascual

Soria, 25 de mayo de 2022

RESUMEN

Introducción: En el puerperio se producen numerosos cambios físicos y psicológicos en la mujer, estos últimos pueden dar lugar a tres complicaciones psicológicas en la mujer: *Maternity Blues* (BB), Depresión Posparto (DPP) y Psicosis Posparto (PP). Cada uno de ellos tiene características individuales. Existe una herramienta para la detección de la Depresión Posparto, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Objetivo principal: Justificar la importancia de la utilización de la escala para la detección precoz de la Depresión Posparto por el entorno de puérpera.

Metodología: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, revistas electrónicas, publicaciones periódicas, páginas web, literatura gris. Se han seleccionado artículos utilizando los siguientes criterios de inclusión: antigüedad de los artículos, idioma, acceso libre.

Palabras clave: Enfermería, Depresión Posparto, Escala de Edimburgo y Entorno.

Resultados: Las tres patologías tienen diferentes cifras de incidencia, destacando las de la DPP. Su sintomatología es muy heterogénea lo que hace difícil su diferenciación y diagnóstico. El tratamiento se fundamenta en la farmacología y la psicoterapia y asistencia psicosocial. Los métodos de detección son escasos, la mayoría de las intervenciones de las Carteras de Servicios de España hacen referencia solo a problemas físicos. Debido a la falta de información se decide exponer una propuesta de intervención enfermera, una escala de valoración del estado psicológico de la puérpera para ser completada por los convivientes, ya que estos son quienes mejor conocen a la puérpera. La escala está diferenciada por colores y relacionada con las necesidades de Virginia Henderson, a su vez se analizan diferentes diagnósticos enfermeros.

Conclusión: Facilitar una herramienta para la detección precoz de la Depresión Posparto ya que como ha quedado demostrado la familia es fundamental en este trastorno con una incidencia importante en nuestra sociedad, para ello es necesario conocerla bien, saber cuáles son sus síntomas y sus consecuencias en la salud de la puérpera y su entorno.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y MÉTODOS	5
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	6
a) CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL PUERPERIO	6
b) SINTOMATOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS	7
c) MÉTODOS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO	9
d) TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO	11
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO A TRAVÉS DEL ENTORNO DE LA PUÉRPERA.....	12
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS	i
Anexo I. Objetivos de enfermería para la visita puerperal	i
Anexo II. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	i
Anexo III. Tabla Bases de Datos.....	ii
Anexo IV. Resumen de los artículos seleccionados.....	iii
Anexo V. Diagrama de flujo.....	vi
Anexo VI. Diagnósticos enfermeros para la depresión posparto de NNNConsult.....	vii
Anexo VII. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo adaptada para el uso del entorno de la puérpera.....	viii
Anexo VIII. Tabla de valoración del estado psicológico de la puérpera para completar por el conviviente.....	ix

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Inicio, duración e incidencia de la psicología puerperal.....	7
Tabla 2. Clasificación enfermera de la sintomatología de la psicología puerperal.....	8
Tabla 3. Escala de valoración del estado psicológico de la puérpera realizada por su entorno.	13

LISTADO DE ABREVIATURAS

BB	<i>Baby Blues</i>
BDI – II	Beck Depression Inventory-II
CCAA	Comunidades Autónomas
CS	Centro de Salud
CSSN	Centro de Salud Soria Norte
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
DPP	Depresión Posparto
DSM-V	Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales
EPDS	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo
HAD	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria
IDA	Escala de Depresión y Ansiedad
INE	Instituto Nacional de Estadística
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NNNConsult	NANDA NOC NIC Consult
NOC	Nursing Outcomes Classification
NURSE	Nutrition Comprehension Relaxation Spirituality Exercise
OMS	Organización Mundial de la Salud
PP	Psicosis Puerperal
RN	Recién nacido
SNS	Sistema Nacional de Salud
WAST	Women Abuse Screening Tool

INTRODUCCIÓN

La palabra puerperio deriva del latín “puer” (niño) y “peri” (alrededor de), y es un proceso específico dentro de la reproducción (1). La Real Academia Nacional de Medicina de España define el puerperio como un tiempo de aproximadamente 40 días, que se inicia en el momento después del alumbramiento y termina cuando se vuelve al estado pregestacional (2).

El puerperio no solo consiste en la adaptación y recuperación a nivel físico de los órganos y tejidos involucrados en el embarazo y parto, sino también en una adaptación a nivel psicológico de la madre, ya que en este periodo se generan en la mujer inseguridades y miedos, que pueden ocasionar problemas psicológicos (1)(3).

Según Donat, el puerperio tiene tres fases de adaptación física: primera o puerperio inmediato, desde el alumbramiento hasta seis horas después del parto, la segunda o puerperio precoz, hasta 72 horas después del parto. Y hasta la sexta semana el puerperio tardío (1).

Este último corresponde al periodo domiciliario en el que la matrona realiza la visita puerperal (entre 10º - 15º día posparto); habitualmente en el domicilio o en el Centro de Salud (CS) para realizar diferentes cuidados, dentro de cuyos objetivos está proporcionar el apoyo psicológico a la puérpera (Anexo I) (4).

La evolución psicológica normal según Rubin (1961) pasa por una primera fase de captación o periodo de conducta dependiente, la puérpera se centra en sí misma; la segunda es la fase de transición en la que comienza a ser consciente de su imagen y de sus necesidades. Y en la última se adapta a su nueva vida y se hace responsable de su rol de madre (4). Se considera patológico si aparecen síntomas en las cuatro primeras semanas y estas complicaciones psíquicas son: tristeza puerperal o *Maternity Blues* o *Baby Blues* (BB), Depresión Posparto (DPP) y Psicosis Puerperal (PP) (5)(6).

Victoroff definió en 1952 el “*Maternity Blues*” como un conjunto de síntomas que se producen los primeros diez días tras el parto (7). En general se considera un problema leve, o propio de los cambios físicos y hormonales que padece la mujer durante el embarazo y parto; no debe considerarse una enfermedad psiquiátrica como tal, ya que el puerperio inmediato conlleva numerosos cambios psicológicos debido al cambio de vida que se produce (1)(8)(9)(10).

La Depresión Posparto descrita por Hamilton en 1962 la definen Martínez et al. como un síndrome depresivo moderado que puede durar desde horas hasta días dentro de los primeros 12 meses posparto (7). La depresión postparto puede tener graves consecuencias para la relación madre-padre, así como para con el recién nacido (RN), limitando a la mujer para realizar de manera eficiente su rol. También puede afectar en el desarrollo del RN y en su comportamiento (10).

Por último, la Psicosis Posparto, la definieron Terp y Mortensen en 1998 como un trastorno más severo que se presenta entre las seis o doce semanas posparto, es menos frecuente que los anteriores (6)(7).

En la DPP destaca la heterogeneidad de las manifestaciones que presentan las puérperas, desde una angustia leve hasta un estado anímico depresivo con alteraciones somáticas, cognitivas y de comportamiento. Debido a la falta de estudios y a la disparidad de los síntomas se hace difícil su

definición y consecuencias, sobre todo porque en ocasiones sus síntomas, principalmente los leves, se confunden con los que se manifiestan en el *Maternity Blues* (11).

Los profesionales de enfermería cuentan con herramientas para poder determinar el nivel de depresión postparto: la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) (Anexo II) (10)(12)(13)(14), la escala Beck Depression Inventory-II (BDI-II) que diagnostica los trastornos depresivos en adultos y adolescentes pero que, aplicado a las puérperas, no refleja la experiencia de la madre con su hijo (13). Kennedy et al. mencionan otras dos herramientas diseñadas y validadas por Beck, (una de ellas detecta la vulnerabilidad de DPP proporcionando información a los sanitarios sobre factores predisponentes, y el otro es un instrumento de cribado de DPP en el posparto), ambas son utilizadas como cribado de la DPP no se usan para diagnóstico (13). El método que más se utiliza y que es más específico para la DPP es la EPDS, según la búsqueda bibliográfica que se ha utilizado en este trabajo.

Aunque, el EPDS es un instrumento específico y preciso para la depresión posparto, debe ser completado entre las 6-8 semanas posparto (14), es de autoinforme de la puérpera y no se aplica a los convivientes de esta, los cuales son fundamento de nuestro trabajo.

JUSTIFICACIÓN

Es oportuno destacar la importancia que tienen los problemas de salud mental, en concreto en el puerperio, ya que en muchas ocasiones se cree que este es un tiempo de bienestar en el que no hay complicaciones, donde los padres tienen que estar contentos con su nueva etapa de vida; pero la realidad va mucho más allá, ya que la Depresión Posparto existe y supone un grave problema para la madre y el niño.

Por ello para hacer una detección temprana de esta patología el entorno de la puérpera es fundamental en todo el proceso, ya que son ellos quienes conocen mejor su estado de ánimo habitual y los cambios que pueden surgir en él. Por tanto, los miembros de su familia deben ser capaces de identificar posibles problemas, físicos y psicológicos.

La falta de apoyo social es uno de los factores predisponentes que tienen las madres para padecer DPP, por ello es esencial que este aspecto se trabaje y se capacite al entorno familiar de la puérpera de conocer los signos y síntomas de alarma de la DPP y así la enfermera poder detectarla precozmente.

OBJETIVOS

Los objetivos que se desean alcanzar con la realización de este trabajo son:

Objetivo general:

- Justificar la importancia de la utilización de la escala para la detección precoz de la Depresión Posparto por el entorno de puérpera.

Objetivos específicos:

- Describir la sintomatología y características de la patología de la depresión posparto y su incidencia.
- Relacionar los diagnósticos enfermeros y la escala de detección de la Depresión Posparto.
- Proporcionar una herramienta de detección precoz de DPP al entorno de la puérpera.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de este Trabajo de Fin de Grado se basa principalmente en una revisión bibliográfica narrativa realizada desde los meses de noviembre de 2021 hasta mayo de 2022 en diferentes bases de datos y con distintos motores de búsqueda: Medline y Google Académico. Se han utilizado las páginas de Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo y Dialnet; todos ellos relacionados con Ciencias de la Salud (Anexo III).

Se han consultado otras fuentes: páginas web como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Carteras de Servicios de las distintas Comunidades Autónomas. Una revista electrónica (Matronasprofesión). Bibliográfica especializada. Dos Tesis Doctorales y tres Trabajos Fin de Grado. Literatura gris como páginas web (bebesymas), una publicación del periódico El País, el informe de alta de enfermería que se entregan a las púerperas en la planta de maternidad de Hospital Santa Bárbara de Soria.

Además, a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Valladolid, se ha utilizado la herramienta NNNConsult para seleccionar diagnósticos enfermeros (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) (15).

Los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) que se han manejado en inglés y español: nursing (enfermería), pospartum depression (depresión posparto), environment (entorno/ambiente) y Escala de Edimburgo; y como operador booleano: AND.

Los criterios de inclusión utilizados han sido artículos de libre acceso en inglés y español publicados desde hace 10 años, aunque algunos más antiguos se seleccionaron por su utilidad dada la escasez de información más reciente. Se han excluido aquellos sin relevancia para el tema o con información insuficiente. Siendo un total de 7 artículos. En Google Académico se encontraron en la primera búsqueda un gran número de artículos, se leyó el resumen de los 50 primeros, y de ellos se seleccionaron 2. Debido a la escasez se optó por conseguir más información general para la introducción y aportar datos concretos del tema y para ello se seleccionaron artículos que estuvieran como referencia bibliográfica en otros, como en Trabajos de Fin de Grado o Tesis Doctorales. El total de artículos utilizados fue 10 (Anexo IV).

Para acceder de forma rápida a los artículos, consultar la bibliografía y las citas bibliográficas se ha utilizado otro recurso, el gestor bibliográfico Mendeley.

En el Anexo V se ofrece un diagrama de flujo que refleja cómo se ha obtenido información para este trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

a) CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL PUERPERIO

Con el fin de conocer las alteraciones psicológicas y lograr una detección precoz de la DPP para mejorar la calidad de vida de la puérpera, profundizamos en el análisis de los diferentes tipos que pueden aparecer, dado que son de difícil diagnóstico (Tabla 1).

El *Maternity Blues* o *Baby Blues* (BB) o *Tristeza Puerperal*, para Victoroff y Martínez aparece en los 10º días como ya se ha mencionado anteriormente, Medina concreta que ocurre entre el 2º y 4º día (7)(8). Y en cambio Catalá afirma que desde el tercero al quinto día y que cesa a las dos semanas (6).

No hay constancia de este trastorno en el Instituto Nacional de Estadística (INE). En los documentos que se entregan al alta de enfermería a las puérperas en el servicio de maternidad del Hospital Santa Bárbara, indica su frecuencia en un 80% (16). Sin embargo, según Medina y los datos manejados por Bazako la frecuencia de estos cambios oscila entre el 26 – 80% (8)(10). Y, por otro lado, Kendell habla de un porcentaje del 43% (17).

“En esta etapa es normal que aparezca lo que se llama Tristeza post parto o Maternity Blues (ocurre hasta en un 80% de las madres). Los síntomas son: labilidad emocional, irritabilidad y llanto fácil. Aparece a partir del 3er y 4º día y remite sobre el día 10. Suele producirse por cansancio, falta de sueño y la propia adaptación a la nueva situación. No requiere tratamiento. Si no desaparece, acudir a consulta.” (16)

Hay que destacar que aproximadamente un 20% de las mujeres que la padecen desarrollarán posteriormente la depresión posparto (10).

La *Depresión Posparto*, para Martínez et al., se inicia desde las primeras horas del puerperio hasta incluso días posteriores siempre dentro del primer año posparto (7). Sin embargo, Sierra concreta que se inicia a las 2-3 semanas, dura de 4-6 meses, y coincide que se alarga hasta más del año si no se trata adecuadamente (18).

Respecto a su incidencia tampoco existen datos en el INE. Sin embargo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) entre un 3% y un 6% de las mujeres sufren depresión mayor durante el embarazo o en el puerperio. La mitad de ellos se producen antes del parto y, a su vez, entre un 30% y un 50% vuelven a padecerlo posteriormente (19). Por otro lado, Fernandes et al., mencionan que entre un 15% y 20% de las puérperas la sufren (11).

Además, aparecen datos en la literatura gris en los que se indica que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de cada diez mujeres en países industrializados la padece (20). Y según Rovati, el 6,6% de las mujeres tienen pensamientos suicidas (21).

La ideación suicida nos lleva a hablar sobre el tercer estado psicológico, la *Psicosis Posparto* (PP), ya que es un síntoma frecuente en ella. La PP para Martínez et al. suele iniciarse entre las 6-12 semanas (7), aunque para Sierra ocurre bruscamente entre 3º y 9º día, pero puede aparecer hasta en el sexto mes (18). Este trastorno lo padecen menos mujeres que los anteriores, y es el que ocasiona problemas más graves (7)(8)(9).

Aunque tampoco se han obtenido cifras sobre la psicosis puerperal en el INE, según Olds es un trastorno de menor incidencia, aproximadamente 1 de cada 1000 embarazadas requieren de hospitalización por algún trastorno mental (9). La incidencia para Donat está entre el 2 y el 9% (1).

Tabla 1. Inicio, duración e incidencia de la psicología puerperal

Tabla 1. Inicio, duración e incidencia de la psicología puerperal			
	BB	DPP	PP
INICIO	2-3 días (8)	Horas/días (7) A los 14-21 días (18)	3-9 día (18)
DURACIÓN	10 días (7) 14-21 días (8)	12 meses (7) 4-6 meses (18)	6-12 semanas (7) 40 semanas (18)
INCIDENCIA	80% (16) 26-80% (8)(10)	3-6% depresión mayor (19) 15-20% (11)	2-9% (1)

Fuente: Elaboración propia

b) SINTOMATOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

La sintomatología que presentan dichas complicaciones psicológicas es amplia tanto para aspectos físicos como psicológicos. Las hemos clasificado en función de las necesidades de Virginia Henderson y como se puede observar los síntomas de irritabilidad y ansiedad con el recién nacido (RN) coinciden en las tres, igualmente ocurre con los síntomas de tristeza y llanto fácil entre DPP y BB. O entre DPP y PP con los problemas de sueño e ideación suicida. En general nuestra clasificación visualiza con claridad los síntomas específicos de cada alteración psicológica, para diferenciarlas y poder realizar un diagnóstico claro (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación enfermera de la sintomatología de la psicología puerperal

Tabla 2. Clasificación enfermera de la sintomatología de la psicología puerperal					
	NECESIDADES V.H.	SÍNTOMAS	BB	DPP	PP
SÍNTOMAS COMUNES	Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	Ansiedad y/o pensamientos negativos hacia el RN (6)(8)(18)	X	X	X
		Ideas suicidas/Suicidio (6)(7)(8)(11)(22)		X	X
	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	Irritabilidad (8)	X	X	X
		Tristeza (8)(18)	X	X	
		Llanto fácil (8)	X	X	
Dormir y descansar	Problemas de sueño (6)(8)(18)		X	X	
SÍNTOMAS ESPECÍFICOS	Comer y beber adecuadamente	Inapetencia (6)(18)		X	
	Moverse y mantener posturas adecuadas	Lentitud funcional (7)(18)		X	
		Cambios psicomotrices (8)			X
	Dormir y descansar	Cansancio (8)		X	
	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	Inestabilidad emocional (8)	X		
		Respuesta elevada estímulos (9)	X		
		Ansiedad (18)		X	
		Anafrodisia (7)		X	
		Culpa (6)(23)		X	
		Falta de autoestima (23)		X	
		No pedir ayuda (8)		X	
		Alucinaciones (8)(7)(11)			X
	Delirios (8)			X	
Participar en actividades recreativas	Desinterés por actividades agradables (6)(18)		X		
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles	Alteraciones del lenguaje y/o pensamiento (8)(11)			X	
	Problemas de concentración (6)(18)		X		

Leyenda: BB (*Baby Blues*), DPP (Depresión posparto), PP (Psicosis Posparto), V.H (Virginia Henderson), RN (Recién nacido)

Fuente: Elaboración propia

c) MÉTODOS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Como se indica anteriormente la DPP es un trastorno grave que si no se diagnostica a tiempo puede ocasionar graves problemas como la muerte de la madre, e incluso el infanticidio según indican Pascual y Díaz (24)(25).

Por eso, para Olds es importante conocer los factores contribuyentes para conseguir una detección precoz, por ejemplo, circunstancias anteriores al embarazo como: incapacidad para afrontar momentos críticos, relación traumática de la mujer con otros, variables externas como esterilidad previa, tensiones vitales como problemas económicos, fallecimiento de algún familiar, cambios del hogar o del trabajo (9). Villegas et al. añaden: ausencia de apoyo, antecedentes de depresión y mujeres víctimas de violencia de género (23). Se quiere destacar también el factor de un entorno inadecuado y los hábitos tóxicos (25).

También las circunstancias que surjan durante la gestación, que para Olds y para Villegas et al. son, embarazos no deseados, ausencia de apoyo y madres adolescentes; estos últimos si se presentan también durante el puerperio y, por otro lado, el estado civil o el número de embarazos (9)(24).

La DPP no se diagnostica en numerosas ocasiones, por la escasez de métodos de detección, y su escasa aplicación. Los profesionales sanitarios cuentan con la Escala de Edimburgo (EPDS) (Anexo II) que se utiliza en el embarazo y el puerperio (26).

Escala diseñada por Cox, Holden y Sagovsk, como un cuestionario de autoinforme para la madre. Se basaron en la Escala de Depresión y Ansiedad (IDA) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y además añadieron su experiencia, y actualmente está validada. La puérpera debe contestarla según los sentimientos que haya tenido en los últimos siete días. Así el profesional de Atención Primaria de Salud obtiene los datos. En España se diagnostica de posible DPP cuando el resultado de esta escala es igual o mayor a 11 (12)(26)(27). Entre sus ventajas están que es una escala accesible, económica, rápida de realizar y fácil de aplicar (8).

En el estudio de Fernández et al., la escala aporta otros datos, como que las primigestas tenían mayor riesgo de depresión, y que la totalidad de las solteras su depresión fue severa o que las que tenían pareja la padecieron más levemente (27).

Por otro lado, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el área relativa a los servicios de atención a la mujer recoge todo lo relativo a la mujer embarazada y en su etapa de puerperio, la visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido, todo desde el punto de vista de su salud física, pero no de su salud mental (28). Sin embargo, revisadas las diferentes Carteras de Servicios de las Comunidades Autónomas (CCAA) a las que se pudo acceder, solo tres ofrecen servicios dirigidos a la atención psicológica durante el posparto y a la prevención de esta, aunque ninguna describe cómo se realiza ni qué se ofrece. Estas son: la Comunidad de Madrid, que recoge un plan de cuidados que incluye el reconocimiento de la depresión postparto (29), la Comunidad Autónoma de Murcia, en la anamnesis de los 14 primeros días después del parto busca alteraciones en el estado de ánimo y síntomas depresivos (30). Sin embargo, Castilla y León, va un poco más allá, establece para la valoración del riesgo psico-social el Cuestionario WAST (Women Abuse Screening Tool), y la Escala de Edimburgo para la valoración emocional (14).

Concretamente en Soria, el Centro de Salud Soria Norte (CSSN) en el año 2005 implantó el “Programa de Detección Precoz de la Depresión Posparto”, desarrollado por los profesionales del equipo interdisciplinar y por el que recibió el Sello de Buenas Prácticas en el año 2016. Se puso en marcha para captar a las puérperas en las consultas de Enfermería Pediátrica durante la revisión de las ocho semanas del recién nacido, o a las dos semanas si existían factores de riesgo de la madre mediante la EPDS. Los resultados del programa demostraron que el 13,5% de las puérperas presentó un riesgo elevado de depresión posparto (31).

d) TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

La detección precoz de esta enfermedad permite un tratamiento temprano y una mejora en la salud de la madre la cual influye directamente en el correcto desarrollo y evolución del hijo. Como indica Marcos existen evidencias de que los niños con madres depresivas pueden mostrar durante su desarrollo menor vocalización, interacciones deficientes con las madres, trastornos conductuales, afectivos, neurológicos y alteraciones cognitivas (10)(22). Pero el tratamiento de la DPP no suele ser el adecuado en la mayoría de las ocasiones por no tener un diagnóstico precoz (23). Puede dividirse en dos grandes áreas para la depresión severa psicofarmacología y para la leve psicoterapia y asistencia psicosocial (13).

El tratamiento se divide en la psicofarmacología para la depresión severa, en la que la mujer tiene que estar siempre bajo la supervisión de un profesional sanitario, por los efectos adversos para la madre y el hijo (13). Se utiliza principalmente el Brexanolone, que se administra por vía intravenosa (32).

Respecto a la DPP leve la psicoterapia tiene como objetivo acompañar y ayudar a la mujer en todo momento y tratar aspectos que afecten a su evolución. La asistencia psicosocial, ofrece una visión holística e individual de cada madre, específicamente el enfoque NURSE (Nutrition, Comprehension, Relaxation, Spituality, Exercise) tiene en cuenta la nutrición, la comprensión y aceptación, el descanso, la espiritualidad y el ejercicio. En cuanto a la asistencia de estas mujeres en el ámbito sanitario decir que el modelo por excelencia es el interdisciplinario, incluyendo en esta asistencia las áreas de salud mental, salud de la mujer, medicina, pediatría, enfermería, matrona, nutricionista y asistencia social. Es un trastorno complejo y afecta a numerosas personas en la vida de la mujer, por este motivo un enfoque en equipo es más probable que sea más útil para la mujer, así como para su familia (13).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO A TRAVÉS DEL ENTORNO DE LA PUÉRPERA

La ausencia de protocolos o intervenciones en las Carteras de Servicios Españolas y las escasas herramientas que existen para la valoración de la DPP nos motiva a pensar en incluir al entorno de la puérpera para su detección precoz, porque según indicamos, son los miembros de su familia quienes mejor pueden identificar los síntomas y si en algún momento dudan sobre la estabilidad de la puérpera acudir a los servicios sanitarios. De esta forma se identifican problemas antes de que supongan mayor riesgo para la madre y el hijo (9).

Nuestra primera intención fue modificar la EPDS (Anexo II) poniéndola en tercera persona (Anexo VII) y que en lugar de ser de autoinforme fuera un cuestionario de observación para el conviviente. Sin embargo, esto no se vio suficiente ya que al ser preguntas cualitativas se hacía difícil su respuesta por parte de un tercero, además desde el punto de vista enfermero no se recogían todos los aspectos de las necesidades básicas de Virginia Henderson, por eso se elaboró una propuesta más específica.

Para ello, se tomaron los ítems de la escala original (Anexo II) que hacían referencia a sentimientos que pudieran ser detectados por un observador al prestar atención a gestos, actitudes o ideas expuestas en la conversación. Son los ítems de la escala original: 1, 2, 3, 7, 9 y 10. También, se añadieron cuestiones relacionadas con las necesidades básicas de Virginia Henderson de actos más concretos que puede tener la madre con el hijo u otras personas o actitudes que expresen sentimientos negativos.

Por otro lado, se identificaron dos diagnósticos enfermeros "*Proceso de maternidad ineficaz*" y "*Deterioro de la crianza*" correspondientes a las principales necesidades básicas alteradas de la valoración enfermera de Virginia Henderson "*necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas*" que recoge la salud mental de la puérpera y por eso incluye la EPDS, y la "*necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones*". En ellas el entorno de la puérpera puede participar ya que mediante el indicador "*Comparte sentimientos de culpa con personas significativas*" vemos que los convivientes deben escucharla e identificar los síntomas de alarma que muestren un problema psicológico como por ejemplo "*Nivel de depresión*" y "*Estado materno: puerperio*", en el que otro indicador es "*Depresión*". Ambos conjugan la sintomatología descrita en la Tabla 2 y se relacionan con un tercer diagnóstico de "*Baja autoestima situacional*" (Anexo VI) (15). Es decir, este último diagnóstico puede ser la justificación o el "*relacionado con*" de una maternidad y crianza ineficaz.

En nuestra escala las preguntas están organizadas según nueve necesidades de Virginia Henderson. Para responder a las preguntas de cada una de ellas se establece una escala de colores, verde que refiere bienestar y posteriormente pasa por diferentes tonos cálidos en orden creciente de peligro hasta llegar a naranja oscuro, así al conviviente le resulta más fácil identificar la existencia incipiente de un problema. Las preguntas pueden ser fácilmente reconocidas día a día por la persona que acompaña a la puérpera, y que además identifican síntomas propios de la DPP, por ejemplo, la pregunta 1, hace referencia al síntoma de inapetencia que puede padecer la puérpera que sufre DPP (6)(18). Otro ejemplo, la pregunta 8

que habla de la falta de autoestima, la cual según Villegas et al. es un síntoma claro de la DPP (23).

Para la interpretación numérica de los tonos, se sigue la numeración de 0-1-2-3, ordenados en todos los casos de forma que el color verde siempre sea 0 y el naranja oscuro 3, por ejemplo, en la pregunta 1 la respuesta “nunca” tiene una puntuación de 0 y “siempre” de 3. Al igual que en la escala original la puntuación que se obtiene es indicativa de riesgo de DPP, así en la original los 10º días existe riesgo si es mayor de 16 y entre los 30- 40 días mayor de 9. Sin embargo, en la nuestra, una puntuación de 1 a 15 significaría valorar los cuidados de la puérpera y deberá repetirse en 4 días para evitar que se incremente. Si es de 15 a 30 se deben realizar intervenciones enfermeras sin necesidad de repetir la escala. Y entre 30 y 45 además de realizar intervenciones la enfermera se pondrá en contacto con personal de la salud mental. Excepto la pregunta 6 que hace referencia a: “He pensado en hacerme daño a mí misma”, y desde el momento en que aparezca una puntuación distinta de 0 hay riesgo alto de DPP, por ello en esa pregunta están todas las respuestas marcadas en tono naranja oscuro excepto la primera “nunca”.

Tabla 3. Escala de valoración del estado psicológico de la puérpera realizada por su entorno

Tabla 2. Escala de valoración del estado psicológico de la puérpera realizada por su entorno		
NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON	Valoración del estado psicológico de la puérpera realizado por el conviviente Por favor, tenga en cuenta al marcar la casilla como ha percibido a la madre en estos últimos 7 días.	
Comer y beber adecuadamente	1. ¿Ha detectado que la madre no tiene ganas de comer?	Nunca
		Casi nunca
		Casi siempre
		Siempre
Moverse y mantener posturas adecuadas	2. ¿Observa a la madre con fatiga o falta de energía?	No
		No mucho
		Si, a veces
		Si, mucho
Dormir y descansar	3. ¿Observa a la madre descansada?	Siempre
		Casi siempre
		Casi nunca
		Nunca
Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse	4. ¿La nota con ganas de arreglarse?	Si, como antes
		Si, a veces
		No mucho
		No, nunca
Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	5. ¿Ha visto a la madre acariciar a su bebé? ¿sonreírle?	Si, a todas horas
		Si, a veces
		No mucho
		No, nunca
		Nunca
		Casi nunca

	6. ¿Ha mantenido alguna conversación en la que intuya que no tiene ganas de seguir viviendo?	A veces Sí, en muchas ocasiones		
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	7. ¿Se irrita con facilidad?	No, nunca No mucho Sí, a veces Sí, a todas horas		
		8. ¿Nota a la madre con falta de autoestima?	No No mucho Sí, a veces Sí, mucho	
			9. ¿Ha notado que se culpabiliza en su experiencia como madre?	No, nunca No muy a menudo Algunas veces Sí, la mayoría de las veces
				10. ¿Ha visto a la madre reír?
	11. ¿La ve llorar con más facilidad?	No, nunca No muy a menudo Sí a veces Sí, la mayoría de las veces		
		12. ¿Considera que a la madre le gusta desempeñar las tareas relativas al cuidado de su bebé?	Sí, mucho A veces Las desempeña, pero no le gusta No las desempeña	
			13. ¿Continúa desarrollando sus hobbies o aficiones? ¿Propone planes sociales con usted y amigos?	
	14. ¿Proyecta la madre planes de futuro donde incluye al bebé y su entorno?			Sí, siempre A veces No muy a menudo
				Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
	Participar en actividades recreativas			

		Nunca
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles	15. ¿Tiene falta de atención? ¿Está despistada?	Nunca
		Rara vez
		Si, a veces
		Si, siempre
En el momento en que observe que ha marcado uno de los colores cálidos debe ponerse en contacto con su enfermera.		

Fuente: Elaboración propia, modificado de (10)(14)(33)

Respecto a cuándo ofrecer esta prueba, se cree oportuno captar al entorno de la puérpera en el mismo momento en que ya hablamos del puerperio, dado que se quiere realizar una detección precoz de la DPP, ofreciendo información sobre el tema lo antes posible y así detectar los signos de alarma los primeros días del posparto. Por tanto, el primer momento en el que se debe utilizar la escala es en la hospitalización de la mujer después de parir.

Se propone realizar esta intervención en la planta de maternidad donde la enfermera tendrá una sesión con el conviviente para explicar los signos de alarma psicológicos de la DPP y a su vez se le entregue la escala (Anexo VIII), para que la complete antes del alta. Por tanto, se debe disponer de un espacio, un despacho o sala de reuniones.

Una segunda vez, durante la primera visita puerperal, donde los sanitarios encuentran en la mayoría de las ocasiones a algún acompañante, al cual deben hacer partícipe de las recomendaciones sobre el posparto y el cuidado del RN y así conocer las complicaciones físicas y psicológicas del posparto (34). Y las siguientes durante las revisiones del niño sano, ya que como hemos dicho la DPP puede aparecer hasta en los primeros 12 meses posparto (7). Como, por ejemplo, en Castilla y León se realiza un control en la primera semana de vida y tres revisiones durante el primer año (14). En caso de que el conviviente no acuda a dichas revisiones, podrá completarla en su domicilio.

En cuanto a su interpretación una vez el conviviente haya resuelto la escala y aprecie en cualquiera de las preguntas un tono cálido debe ponerse en contacto con su enfermera. Es ahí cuando la enfermera reconocerá la necesidad básica que afecta a la pregunta y determinará su importancia en la salud de la puérpera para poder citarla. Con todas las respuestas del conviviente la enfermera interpretará la puntuación de cada pregunta para determinar si existe riesgo de DPP.

Por otro lado, señalamos el cómo rellenarla, el conviviente debe saber que la escala hace referencia a su percepción general desde la última vez que la completó, la puérpera no tiene que estar presente cuando la realice, se aconseja que no lo esté puesto que puede influir en el estado emocional de la misma. El conviviente no tiene que justificar si la ha completado o no en las fechas recomendadas ya que en caso de que todas las preguntas sean tono verde no tendría que acudir a la enfermera.

La mayoría de los autores consultados indican que la falta de apoyo social es uno de los factores que inducen a la depresión posparto, Dennis et al. y Negron et al. remarcaron la importancia del apoyo social para la recuperación tanto física como emocional de la mujer después del parto

(35). Igualmente, Alba et al. consideran que la falta de apoyo social y de comunicación son factores predisponentes de depresión posparto (36). La Guía de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Canadá), también menciona este factor de riesgo (37).

Por ello, el fin de nuestra propuesta de intervención ha sido que las familias conozcan la existencia de la Depresión Posparto, sus signos y síntomas, participen y se involucren en ese apoyo emocional. Al igual, que existen las clases de preparación para el parto dirigidas a la puérpera y su acompañante, que ayudan a evitar posibles problemas físicos, se deben fomentar las de posparto para dar información sobre problemas psicológicos.

CONCLUSIONES

Facilitar herramientas a la familia de las puérperas para la detección de la depresión posparto es fundamental para que sea lo más precoz posible, y con ello, poder hacerla más presente y visible en nuestra sociedad. Ellos son quienes mejor conocen a la puérpera y quienes pueden detectar un cambio en su estado de ánimo más rápido, ya que están continuamente con ella.

Para poder aplicar dichas herramientas por parte del entorno de la puérpera, es necesario conocer la sintomatología de esta enfermedad, que no es unánime entre los distintos analistas, ni tiene siempre la misma prevalencia. Existe un claro infradiagnóstico y escasez, generalizada a nivel nacional, de información y de la utilización de la escala por parte de los sanitarios según se ha visto en las Carteras de Servicios de España.

La aplicación de los diagnósticos enfermeros junto a la escala modificada de la detección de la depresión posparto servirá para facilitar las distintas intervenciones enfermeras de las afecciones psicológicas que se producen durante el puerperio.

La importancia de la detección temprana de la depresión posparto, para evitar problemas psicológicos más graves, o incluso la muerte de la madre o el niño, hace necesaria una propuesta enfermera para que los convivientes de la puérpera que la acompañan día a día en su proceso de involución física sean capaces de detectar los signos de alarma precozmente; ya que en muchas ocasiones la puérpera no se da cuenta de su problema o no es capaz de comunicarlo. Por ello, la enfermera debe ser capaz de instruirles en la detección de dichos síntomas y para ello se ha aportado una escala para ayudar a la enfermera a adelantarse a posibles complicaciones. Es una prueba que incorpora aspectos innovadores que refuerzan la calidad de la atención al cuidado de la mujer, el niño y su entorno, en la complicada etapa del posparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donat F. Asistencia y cuidados en el puerperio. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona. Masson; 2001. 367 – 403.
2. Real Academia Nacional de Medicina de España. Gobierno de España. Ministerio de Ciencia e Innovación [Internet] España. [Consultado el 24 diciembre de 2021] Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=depresi%C3%B3n%20
3. Dexeus S, Farré JM^a. Embarazo y puerperio. Modificaciones corporales y psicológicas. La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de psicología, sexualidad y ginecología. Primera edición. España: Vivir Mejor; 2001. 103-122.
4. Rodríguez A, Faba M. Atención de enfermería a la mujer durante el puerperio normal. En Martínez, M.R y García, E. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces. p. 560-571.
5. Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician–gynecologists. J Psychosom Obstet Gynaecol 2011;32(1):27- 34. En: Bazako L. Análisis de escalas diagnosticas para la identificación el postparto blues. [Internet] [Trabajo Fin de Grado] Universidad del País Vasco; 2016. [Consultado el 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/20705>
6. Catalá P. Aproximación psicosocial a los procesos de gestación, parto y puerperio. El rol de la personalidad materna. [Internet] [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2019. [Consultado el 15 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://burjcdigital.urjc.es/handle/10115/16654>
7. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto P. La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. Rev Psicopatología y Psicol Clin. 2001;6(1):37–48.
8. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum. 2013; 27(3): 185-193.
9. Olds S, London L, Ladewig P. Puerperio. Enfermería maternoinfantil. Un concepto integral familiar. 2ªEdición. México: Nueva Editorial Intramericana. 1987. 1024-1129.
10. Bazako L. Análisis de escalas diagnosticas para la identificación el postparto blues. [Internet] [Trabajo Fin de Grado] País Vasco: Universidad del País Vasco; 2016. [Consultado el 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/20705>
11. Fernandes M, Matos A, de Aquino T, da Silva T, Pires FC, Alves N. Tracking Postpartum Depression in Young Women. J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE. 2019;13(5):1338–44.
12. Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Med Clin. 2003;120(9):326–9.
13. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. Matronas profesión. 2003;4(13):4–18.
14. Junta de Castilla y León. Sacyl. Cartera de Servicios de Atención Primaria. [Internet] Castilla y León; 2019 [Consultado el 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>

15. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet] NNNConsult. Elsevier. 2015 [Consultado el 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
16. Sanidad de Castilla y León. Alta de enfermería de la planta de maternidad del Hospital Santa Bárbara de Soria. HSB.
17. Kendell RE. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Med* 1981; 11: 391 – 350. En: Donat Colomer F. Asistencia y cuidados en el puerperio. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona. Masson; 2001; 418.
18. Sierra J, M^a. Programa de detección precoz de la depresión posparto. Centro de Salud Soria Norte. 2005.
19. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. 2014. [Internet] Washington, DC; 2013 [Consultado el 20 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.eaafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
20. Jan, C. *El doble estigma de la depresión posparto*. El País. [Internet] Madrid; 2019 [Consultado el 5 de diciembre de 2021] Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/04/05/actualidad/1554484046_542748.html
21. Rovati L. Pensamientos suicidas en el postparto: una realidad de la que debemos hablar. [Internet] 2018 [Consultado el 5 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.bebesymas.com/postparto/pensamientos-suicidas-postparto-realidad-que-debemos-hablar>
22. Marcos R. Depresión perinatal. [Internet][Tesis doctoral]. UNED Escuela Internacional de Doctorado. España; 2019 [Consultado el 3 enero de 2022] Disponible en: <http://espacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Rmarcos>
23. Villegas N, Paniagua A, Vargas JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Sinerg*. 2019;4(7).
24. Pascual M. Prevención para la disminución de la depresión posparto. [Internet] [Trabajo Fin de Grado] Barcelona: Escuela Superior de Enfermería del Mar; 2015. [Consultado el 4 de enero de 2022] Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/24618/Pascual_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Díaz I. Proyecto educativo dirigido a profesionales: detección precoz de la depresión posparto. [Internet] [Trabajo Fin de Grado] Madrid: Universidad Pontificada Comillas Madrid; 2018. [Consultado el 4 enero de 2022] Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/36149>
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJPsych*. 1987; 150(6):782-786
27. Fernández JK, Iturriza AT, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(4):229-243
28. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. [Internet]. [Consultado el 30 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>
29. Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General del Proceso Integrado

de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. [Internet] Madrid; 2021 [Consultado el 30 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50454>

30. Servicio Murciano de Salud. Cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud. [Internet] Murcia: Consejería de Sanidad, Servicio Murciano de Salud; 2007 [Consultado el 30 de noviembre de 2021] Disponible en: https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1303&idsec=88#

31. Junta de Castilla y León. Delegación Territorial de Soria. El 'proceso de detección precoz de la depresión posparto' de Soria norte reconocido como buena práctica del sistema nacional de salud [Internet] Castilla y León, Soria; 2016 [Consultado el 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100DetalleFeed/1281372051501/NotaPrensa/1284564777328/Comunicacion>

32. Ministerio de Sanidad. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES Nuevos códigos CIE-10-ES 2022 Diagnósticos y Procedimientos Preguntas a la Unidad. [Internet] Madrid; 2011 [Consultado el 10 de enero de 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/2021_Cuaderno_N11_Nuevos_Codigos_2022.pdf

33. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. Modelo conceptual de Virginia Henderson. En: De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier, Masson; 2005. 49-56.

34. Rojo MC, Ferrer MA, Ruiz MC, Pablos JL, Cortezón S. Puerperio hospitalario. Propuesta de un programa de educación sanitaria. Metas. 2002; (50): 13 – 18.

35. Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Atención y actuación enfermería frente a la depresión postparto. Musas. 2017;2(1):57–85.

36. Alba B, López V, Merino M, Fernández P, Alonso del Rivero VdC, Fernández MN. Actualización en depresión postparto Tiempos de Enfermería y Salud. Asociación Española de Enfermería y Salud. 2017;1(3):1–5.

37. Registered Nurses's Association of Ontario (RNAO). Valoración e intervención para la Depresión Perinatal. Segunda Edición. [Internet] 2018 [Consultado el 26 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/language/valoraci%C3%B3n-e-intervenciones-para-la-depresi%C3%B3n-perinatal-segunda-edici%C3%B3n>

ANEXOS

Anexo I. Objetivos de enfermería para la visita puerperal

Anexo I. Objetivos de enfermería para la visita puerperal	
OBJETIVOS DE LA VISITA PUERPERAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la atención en su medio natural. • Obtener información amplia y objetiva sobre el medio. • Continuar con los cuidados hospitalarios. • Detectar precozmente riesgos. • Promover la higiene y prevenir infecciones. • Favorecer la integración madre-hijo. • Fomentar y asesorar sobre la lactancia materna. • Proporcionar apoyo psicológico. • Informar sobre los servicios disponibles en su área. 	

Fuente: (4)

Anexo II. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Anexo II. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	
<p>Queremos saber cómo se siente y si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.</p>	
<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 Si, la mayor parte de las veces Si, a veces No, casi nunca No, nunca</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 Si, la mayoría de las veces Si, a veces No muy a menudo No nada</p>
<p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien Si, la mayoría de las veces Si algunas veces No muy a menudo No, nunca</p>	<p>8. Me he sentido triste y desgraciada Si, casi siempre Si, bastante a menudo No muy a menudo No, nada</p>
<p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada Casi nada Si, a veces Si, a menudo</p>	<p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando Si, casi siempre Si, bastante a menudo Solo en ocasiones No, nunca</p>
<p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Si, bastante Si, a veces</p>	<p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma Si, bastante a menudo A veces</p>

No, no mucho No, nada	Casi nunca No, nunca
--------------------------	-------------------------

Fuente: (10)(12)(13)(14)

Anexo III. Tabla Bases de Datos

Anexo III. Tabla Bases de Datos			
BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	N.º DE ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Medline	Depresión posparto, Escala Edimburgo	1	No es de interés
Google Académico	Depresión posparto, Escala Edimburgo, enfermería, entorno	538	La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas (7) Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto (23)
Pubmed	Depresión posparto, Escala Edimburgo	4	Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo (12) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (26)
Cuiden	Depresión posparto, Escala Edimburgo, enfermería	1	No es de interés
	Depresión posparto, Escala Edimburgo	12	No eran de interés
Cinahl	Depresión posparto, Escala Edimburgo, enfermería, entorno	11	Tracking postpartum depression in young women (11)
Scielo	Depresión posparto, Escala Edimburgo	23	Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto (8) Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo (27)
Dialnet	Depresión posparto, Escala Edimburgo, enfermería, entorno	1	No era de interés
	Depresión posparto, Escala Edimburgo, enfermería	2	No eran de interés
	Depresión posparto, Escala Edimburgo	4	No eran de interés

Fuente: Elaboración propia

Anexo IV. Resumen de los artículos seleccionados

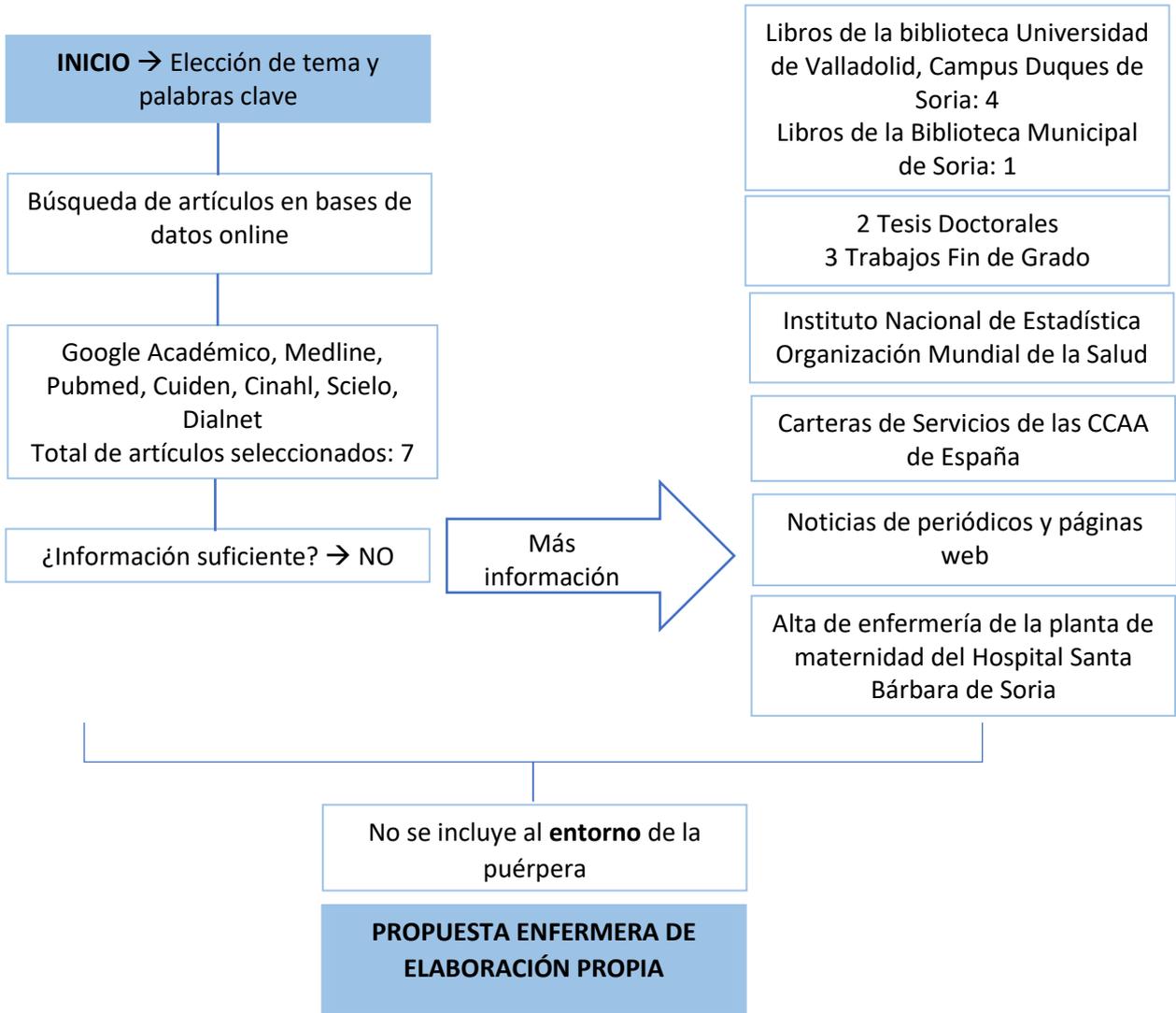
Anexo IV. Resumen de los artículos seleccionados			
REFERENCIA DEL ARTÍCULO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	CONCLUSIÓN
7. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto P. La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. <i>Rev Psicopatología y Psicol Clin.</i> 2001;6(1):37–48.	Estudio descriptivo	Analizar la existencia de depresión posparto en una muestra de mujeres valencianas, así como su evolución dos meses después del parto. Además, se pretende ampliar la sintomatología de la DPP.	La incidencia de la DPP es numerosa y varía dependiendo de diferentes factores, se destaca una mayor prevalencia en aquellas que han tenido una experiencia negativa durante su embarazo, un diagnóstico previo de depresión y aquellas que tienen dificultad para adaptarse a cambios. Por otro lado, hay que destacar que la edad no es relevante pero el número de hijos y la atención sanitaria recibida sí.
8. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. <i>Perinatol Reprod Hum.</i> 2013; 27(3): 185-193.	Revisión bibliográfica	Ayudar a los sanitarios a detectar los trastornos del estado de ánimo en el posparto para diagnosticarlos y tratarlos correctamente.	El <i>Maternity Blues</i> , la DPP y Psicosis Posparto son trastornos del estado de ánimo que se producen cuando la mujer ha dado a luz y se caracterizan por su diferenciada sintomatología, es un problema de salud pública que afecta a la mujer y a su entorno en muchos aspectos. Las mujeres que los padecen sienten culpa, vergüenza o desconocimiento por lo que no son capaces de expresar lo que sienten, por ello los sanitarios deben estar alertas de las manifestaciones clínicas de cada uno y así poder detectarlos a tiempo.
11. Fernandes M, Matos A, de Aquino T, da Silva T, Pires FC, Alves N. Tracking Postpartum Depression in Young Women. <i>J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE.</i> 2019;13(5):1338–44.	Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal	Rastrear la depresión posparto entre mujeres jóvenes que se encuentran en la segunda semana y en el sexto mes después del parto	El 19.7% de las mujeres del estudio de este artículo presentaron DPP, debido a su prevalencia se cree conveniente investigar el trastorno en atención primaria durante el embarazo consiguiendo así una buena prevención en el periodo posparto, destacando la figura de la enfermera que se encarga de evaluar a la madre en todo el proceso del puerperio. Los factores relacionados con esta prevalencia son: edad del bebé, madres multíparas y bajo nivel de estudios materno.
12. Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. <i>Med Clin.</i> 2003;120(9):326–9.	Estudio de incidencia y estudio de casos y controles	Estimar la prevalencia de depresión posparto a las 6 semanas del parto, durante un año mediante dos métodos de evaluación el DSM-IV y la medida de autoinforme EPDS. Identificar el punto de cohorte de la EPDS que proporcione una estimación sin sesgo de la prevalencia previamente obtenida con la entrevista SCID.	La DPP es la enfermedad del posparto más usual. El punto de cohorte de la EPDS debe ser diferente dependiendo de si nos encontramos ante una población de riesgo donde sería de 10/11 o de 11/12 en la prevalencia en estudios epidemiológicos.

13. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. Matronas profesión. 2003;4(13):4-18.	Revisión bibliográfica, incluye testimonios	Comprender la depresión posparto. Revisar dos instrumentos utilizados para detectar dicho trastorno y aportar una visión del tratamiento.	Las mujeres que padecen problemas psicológicos durante el posparto suelen culparse y no pedir ayuda, son trastornos predecibles y tratables con una correcta detección a través de diferentes herramientas, para poder hacer un correcto tratamiento y evitar complicaciones. Los profesionales sanitarios deben estar preparados para poder identificarlo y sobre todo no desmerecer la gravedad que tiene el trastorno.
23. Villegas N, Paniagua A, Vargas JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Sinerg. 2019;4(7).	Revisión bibliográfica	Informar sobre la relevancia del abordaje integral físico y mental de la paciente en el posparto, e ilustrar al lector las principales características de esta patología, así como los síntomas, signos y herramientas diagnósticas con las que cuenta el personal de salud para dictaminar la existencia o no de la enfermedad durante el puerperio.	Los cambios que se producen en el embarazo y el puerperio provocan que la mujer sea vulnerable a padecer trastornos mentales. Aproximadamente un 20% de las puérperas padecen DPP, es la patología psiquiátrica más común en el posparto. Tiene diferentes manifestaciones clínica y factores de riesgo biológicos, psicosociales y hormonales. Los sanitarios utilizan la EDPS para diagnosticar la depresión posparto. Una vez se diagnostica se iniciaría el tratamiento primero con medidas terapéuticas y si se trata de un caso más grave se puede iniciar tratamiento farmacológico.
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. BJPsych. 1987; 150(6):782-786.	Revisión bibliográfica e investigación a través de entrevistas	Realizar una escala para la detección de Depresión Posparto.	La EPDS es una escala de autoinforme de fácil realización y con una puntuación sencilla. En el estudio se determina que la escala es válida y que es sensible a los diferentes estadios de alteraciones mentales que se padecen en el posparto. Por todo ello, se ve ventajoso su utilización por los sanitarios para su detección precoz e incluso usarla durante el embarazo.
27. Fernández JK, Iturriza AT, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014;74(4):229-243.	Análisis de una investigación de tipo descriptivo y prospectivo	Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013.	La DPP es un problema de salud pública que tiene una clínica muy heterogénea a la que le acompaña una serie de factores de riesgo a valorar y si se puede, prevenirlos antes posible. La disparidad de los números de prevalencia es debido a la variabilidad de herramientas de diagnóstico que se utilizan. La EPDS orienta el diagnóstico y los factores de riesgo determinan la probabilidad de que ocurra. La DPP es un trastorno mental desconocido, por ello los sanitarios deben conocerlo para una detección precoz.
34. Rojo MC, Ferrer MA, Ruiz MC, Pablos JL, Cortezón S. Puerperio hospitalario. Propuesta de un programa de educación sanitaria. Metas. 2002; (50): 13 – 18.	Práctica, se elabora un programa de educación sanitaria	La puérpera y su pareja demostraran haber reforzado los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su situación de salud al finalizar el programa de educación sanitaria.	La educación maternal también incluye a la pareja y familia de la mujer, debe ser una atención hospitalaria o en el puerperio precoz muy concreta en la que se involucre al padre en todo el proceso del posparto. La atención a la puérpera en el domicilio se basa en conseguir la independencia de la mujer y cuidados del niño con la participación del conviviente. Se expone un programa con tres sesiones con el fin de reforzar los conocimientos de la puérpera y su pareja.

<p>35. Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Atención y actuación enfermería frente a la depresión postparto. Musas. 2017;2(1):57–85.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Describir las intervenciones en la prevención, detección y tratamiento de la DPP, así como determinar las intervenciones por parte de matronas/enfermeras en la atención a la depresión posparto de la mujer.</p>	<p>Los sanitarios deben conocer muy bien las características que engloban la DPP, para poder hacer una valoración de la mujer y su entorno y así poder solucionar el problema y evitar complicaciones. Es muy importante que la matrona tenga un seguimiento y apoyo continuado de la puérpera, y tener muy en cuenta la falta de apoyo que puede ser escasa en la vida de esta.</p>
<p>36. Alba B, López V, Merino M, Fernández P, Alonso del Rivero VdC, Fernández MN. Actualización en depresión postparto Tiempos de Enfermería y Salud. Asociación Española de Enfermería y Salud. 2017;1(3):1–5.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Conocer el estado actual de la depresión postparto según la bibliografía publicada</p>	<p>La DPP es una enfermedad con gran incidencia que debe diferenciarse del <i>Maternity Blues</i> y la Psicosis Posparto, en muchas ocasiones los sentimientos que se generan se consideran algo usual en el puerperio. Su sintomatología, factores de riesgo y factores protectores son múltiples.</p>

Fuente: Elaboración propia, modificado de (7)(8)(11)(12)(13)(23)(26)(27)(34)(35)(36)

Anexo V. Diagrama de flujo



Anexo VI. Diagnósticos enfermeros para la depresión posparto de NNNConsult

Anexo V. Diagnósticos enfermeros para la depresión posparto de NNNConsult						
Etiqueta Diagnóstica NANDA y definición	00221 – Proceso de maternidad ineficaz “Incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar”		00056 – Deterioro de la crianza “Limitación del cuidador principal para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, utilizando el ejercicio adecuado de autoridad empática y el comportamiento adecuado en respuesta a las necesidades del niño”		00120 – Baja autoestima situacional “Cambio de una percepción positiva a una percepción negativa sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo”	
Factores relacionados	<u>Factores relacionados:</u> Preparación mental inadecuada para la crianza Apoyo social inadecuado Distrés psicológico materno Confianza materna baja Impotencia materna	<u>Características definitorias:</u> Entorno inseguro para lactante Conducta de vinculación inadecuada	<u>Factores relacionados:</u> Inestabilidad emocional Autoeficacia baja Modelo de rol parenteral inadecuado Falta de atención a las necesidades del niño	<u>Características definitorias:</u> Conductas de crianza hostiles Disminución de la implicación en las relaciones progenitores-hijo Cambios extremos en el estado de ánimo Rechaza al niño Ansiedad Síntomas depresivos	<u>Factores relacionados:</u> Conducta de vinculación inadecuada Fatiga Depresión Habilidades de comunicación ineficaces Autoeficacia baja Impotencia	<u>Características definitorias:</u> Síntomas depresivos. Expresa soledad Insomnio Conducta asertiva Subestimación de su habilidad para gestionar la situación
NOC relacionado	2511 Estado materno: puerperio <u>Indicador:</u> 221128Depresión		1208 Nivel de depresión <u>Indicadores:</u> 120814Tristeza 120815Crisis de llanto 120816Enfado 120817Desesperación 120819Baja autoestima 120823Irritabilidad 120828Culpabilidad excesiva 120835Pensamientos recurrentes de muerte		1310Resolución de culpa <u>Indicador:</u> 131010Comparte sentimientos de culpa con personas significativas	
NIC relacionado	8300 Fomentar el rol parenteral 7040 Apoyo al cuidador principal 7150 Terapia familiar		6930 Cuidados posparto 5230Mejorar el afrontamiento 5400Potenciación de la autoestima		<u>Actividades:</u> *Proporcionar la Escala de valoración del estado psicológico de la puerpera realizada por su entorno, en el periodo de hospitalización después de parir, en la primera visita puerperal y en las revisiones del niño sano si el conviviente acude.	

Fuente: (15)

Anexo VII. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo adaptada para el uso del entorno de la puérpera.

Anexo VI. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo adaptada para el uso del entorno de la puérpera.		6. ¿Observa que la madre se siente agobiada?	Sí, la mayoría de las veces
Por favor, tenga en cuenta al marcar la casilla como ha percibido a la madre en estos últimos 7 días.			A veces
1. ¿Ha visto a la madre reír?	Tanto como siempre	7. ¿Observa en la madre gestos/actitudes de estar descansada?	Casi nunca
	No tanto ahora		No, nunca
	Mucho menos		Sí, con frecuencia
	No		A veces
2. ¿Proyecta la madre planes de futuro donde incluye al bebé y su entorno?	Sí, casi siempre	8. ¿Encuentra triste a la madre?	No mucho
	Sí, a menudo		No, nunca
	No muy a menudo		Sí, casi siempre
	Nunca		Sí, bastante a menudo
3. ¿Ha notado que se culpabiliza en su experiencia como madre?	Sí, la mayoría de las veces	9. ¿La ve llorar con más facilidad?	No mucho
	Algunas veces		No, nunca
	No muy a menudo		Sí, la mayoría de las veces
	No, nunca		Sí, a veces
4. ¿La nota con ansiedad sin motivo?	Sí, a menudo	10. ¿Ha mantenido alguna conversación en la que intuya que no tiene ganas de seguir viviendo?	No muy a menudo
	Algunas veces		No, nunca
	Casi nunca		Sí, en muchas ocasiones
	No, nunca		A veces
5. ¿Nota que la madre tiene miedos sin motivos?	Sí, bastante	Puntuación: Las puntuaciones son de 3-2-1-0, disminuyendo conforme mejora el síntoma. Excepto las preguntas 1, 2 y 7 que puntúan 0-1-2-3, aumentando conforme la situación empeora. Si la puntuación es >10 hay probabilidad de depresión.	Casi nunca
	A veces		Nunca
	No mucho		
	No, nunca		

Fuente: Elaboración propia, modificado de (10)(12)(13)(14)

Anexo VIII. Tabla de valoración del estado psicológico de la puérpera para completar por el conviviente

Valoración del estado psicológico de la puérpera realizada por el entorno: Nombre puérpera: Fechas para contestar → Día 1: Primera visita puerperal: A los 3 meses: 6 meses: 12 meses: Cualquier otra fecha si percibe cambios:		Nombre conviviente:	
NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON Valoración del estado psicológico de la puérpera realizado por el conviviente Por favor, tenga en cuenta al marcar la casilla como ha percibido a la madre en estos últimos 7 días.			
Comer y beber adecuadamente	1. ¿Ha detectado que la madre no tiene ganas de comer?	Nunca Casi nunca Casi siempre Siempre	No, nunca No muy a menudo Algunas veces Si, la mayoría de las veces
Moverse y mantener posturas adecuadas	2. ¿Observa a la madre con fatiga o falta de energía?	No No mucho Si, a veces Si, mucho	Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No
Dormir y descansar	3. ¿Observa a la madre descansada?	Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca	No, nunca No muy a menudo Si a veces Si, la mayoría de las veces
Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse	4. ¿La nota con ganas de arreglarse?	Si, como antes Si, a veces No mucho No, nunca	Si, mucho A veces Las desempeña, pero no le gusta No las desempeña
Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	5. ¿Ha visto a la madre acariciar a su bebé? ¿sonreírle?	Si, a todas horas Si, a veces No mucho No, nunca	Si, casi siempre Si, a menudo No mucho No, nunca
	6. ¿Ha mantenido alguna conversación en la que intuya que no tiene ganas de seguir viviendo?	Nunca Casi nunca A veces Sí, en muchas ocasiones	Si, siempre A veces No muy a menudo Nunca
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	7. ¿Se irrita con facilidad?	No, nunca No mucho Si, a veces Si, a todas horas	Nunca Rara vez Si, a veces Si, siempre
	8. ¿Nota a la madre con falta de autoestima?	No No mucho Si, a veces Si, mucho	
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	9. ¿Ha notado que se culpabiliza en su experiencia como madre?		
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	10. ¿Ha visto a la madre reír?		
	11. ¿La ve llorar con más facilidad?		
Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	12. ¿Considera que a la madre le gusta desempeñar las tareas relativas al cuidado de su bebé?		
Participar en actividades recreativas	13. ¿Continúa desarrollando sus hobbies o aficiones? ¿Propone planes sociales con usted y amigos?		
	14. ¿Proyecta la madre planes de futuro donde incluye al bebé y su entorno?		
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles	15. ¿Tiene falta de atención? ¿Está despistada?		