

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico: 2018/2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO
PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN
POSTPARTO**

Autor/a: Celia Coscolín de la Dedicación

Director: Isabel Sanclemente Vinué

INDICE

Página

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 3 |
| Introducción..... | 3 |
| Objetivo principal..... | 3 |
| Metodología..... | 3 |
| Desarrollo | 3 |
| Conclusión | 4 |
| Palabras clave | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| Introduction | 5 |
| Main objetive | 5 |
| Methodology | 5 |
| Development | 5 |
| Conclusion | 6 |
| Keywords | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| Contextualización | 7 |
| Justificación..... | 9 |
| OBJETIVOS | 10 |
| Objetivo general..... | 10 |
| Objetivos específicos..... | 10 |
| METODOLOGÍA | 11 |
| Metodología en la búsqueda bibliográfica | 11 |
| Perfil de búsqueda..... | 11 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 11 |
| Búsqueda bibliográfica..... | 12 |
| Metodología del plan de cuidados | 12 |
| DESARROLLO | 14 |
| Valoración | 14 |
| Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación | 15 |
| CONCLUSIONES | 22 |
| BIBLIOGRAFÍA | 23 |
| ANEXOS | 26 |
| Anexo I | 26 |
| Anexo II..... | 29 |

RESUMEN

Introducción

La Depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica materna más frecuente del postparto, supone un gran Problema de Salud Pública afectando a un 20% de las mujeres. Se caracteriza principalmente por una tristeza y llanto persistente y debe distinguirse de la Tristeza Postparto y de la Psicosis Postparto. Estos síntomas afectan al vínculo de madre con el bebé pudiendo afectar en el desarrollo de este. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es el método principal para su detección y evaluación. Hoy en día, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada debido a la presión social que se ejerce sobre las madres.

Objetivo principal

Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado dirigido a mujeres en postparto con puntuaciones de riesgo en la escala de DPP.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica consultado diferentes bases de datos y publicaciones en papel acerca de la DPP. Para la realización del plan de cuidados se ha utilizado el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Desarrollo

El Plan de Cuidados Estandarizado se inicia con la valoración enfermera, y tras esta, se identifican las principales necesidades alteradas, a partir de las cuales se desarrollan los principales diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería. Siendo las etiquetas diagnósticas prioritarias la ansiedad, interrupción de los procesos familiares, riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño y desempeño inefectivo del rol.

Conclusión

La planificación y estandarización de los cuidados utilizando el lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos y centrados en el paciente. Además, la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado de la madre que sufre DPP.

Palabras clave

Depresión Posparto, Maternidad, Tristeza, Atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction

Postpartum Depression (PPD) is the most common maternal psychiatric complication of postpartum, which is a major public health problem affecting 20% of women. It is characterized mainly by a persistent sadness and crying and must be distinguished from Postpartum Sadness and Postpartum Psychosis. These symptoms affect the mother's bond with the baby and may affect the development of this. The Edinburgh Postnatal Depression Scale is the main method for its detection and evaluation. Nowadays, it remains an underdiagnosed disease due to the social pressure exerted on mothers.

Main objective

Develop a Standardized Care Plan for postpartum women with risk scores on the DPP scale.

Methodology

A bibliographic review was made consulting different databases and paper publications about the PPD. For the realization of the care plan it has been used the model of the 14 basic needs of Virginia Henderson and the taxonomy NANDA, NOC and NIC.

Development

The Standardized Care Plan begins with the nursing assessment, and after this, the main altered needs are identified, from these are developed the main diagnoses, objectives and nursing interventions. The priority diagnostic labels are anxiety, interruption of family processes, risk of deterioration of the relationship between parents and infant/child and ineffective role performance.

Conclusion

The planning and standardization of care by the use of the nurse language NANDA-NOC-NIC, guarantees quality, effective and patient centered care. In addition, the nurse performs a key role in the care of the mother who suffers from PPD.

Keywords

Postpartum depression, Maternity, Sadness, Nursing care.

INTRODUCCIÓN

Contextualización

La maternidad es considerada socialmente una etapa muy bonita de la vida, sin embargo, el embarazo y nacimiento del bebé puede provocar sentimientos de alegría y de tristeza que afectan a las mujeres, al recién nacido y al resto de la familia (1).

El nacimiento de un hijo conlleva un periodo de adaptación hormonal, emocional y psicológico, que dentro de la alegría y de la emoción con el que se espera, puede provocar sentimientos de ansiedad, tristeza y agobio en la madre, aumentando así la probabilidad de padecer depresión postparto (DPP) (1,2).

La DPP es la complicación psiquiátrica materna más frecuente del puerperio. Debido a las consecuencias negativas que tiene sobre el bienestar y el vínculo de la madre y del bebé, supone un problema de Salud Pública. Además, según la prevalencia mundial, la DPP se da entre un 10% y un 20% de las madres, una de cada seis (2-4).

La DPP se reconoce en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) como un "trastorno depresivo mayor de inicio en el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto, periodo de postparto. Se caracteriza por una tristeza y llanto persistente, ansiedad, agobio, sentimiento de inutilidad, sentimiento de culpabilidad, falta de lazos de afecto con el bebé, falta de estímulo para cuidar al niño, transferencia de responsabilidad sobre el niño, desinterés sexual, incluso tener pensamientos de autolesión o suicidio (1,2,5-7).

Este trastorno también afecta en el desarrollo infantil del bebé, siendo las áreas más afectadas el lenguaje y las capacidades sociales, mientras que las áreas motoras y de coordinación no se ven comprometidas. Esto nos indica que en el futuro el niño podría sufrir alteraciones comportamentales y emocionales (4,5).

Por otro lado, es muy importante reconocer la DPP y no confundirla con otros trastornos del estado de ánimo que se pueden dar en el puerperio, como son la tristeza postparto (TPP) o maternity blues y la psicosis postparto (PPP).

La tristeza postparto es más leve que la DPP, comienza entre los dos primeros días después del parto y dura 2 semanas, los síntomas son los mismo que los de la DPP (llanto fácil, insomnio, irritabilidad). Sin embargo, la psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que se inicia 48-72 horas después del parto, es el trastorno psiquiátrico postparto más severo. Se caracteriza por ansiedad, inestabilidad del estado de ánimo y principalmente por pensamientos delirantes y alucinaciones (1,8).

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es el principal método para detectar y evaluar la DPP. Consta de 10 ítems con cuatro respuestas cada uno, las opciones deben de ser puntuadas de 0 a 3 puntos de modo que al final de la prueba el valor final obtenido varía entre 0 y 30 puntos (Anexo II). Una puntuación superior a 10 puntos nos indica probabilidad de DPP. Para confirmar el diagnóstico es muy importante un seguimiento continuo de la mujer durante el parto y el postparto y definirlo según el DMS-V (9).

La detección precoz de la DPP es muy difícil debido a la presión que ejerce la sociedad sobre las madres, y esto provoca que se trate de una enfermedad infradiagnosticada. A los ojos de la sociedad las madres deben de estar felices con la llegada de su bebe y por lo tanto no muestran sus sentimientos de tristeza y de pena por vergüenza y temor a la crítica. (1,8,10-12).

Actualmente, la DPP es un gran problema de Salud Pública debido al elevado número de madres que lo sufre y la repercusión que tiene en la salud física y emocional de la madre y del bebe, así como en el resto de las relaciones de la madre con su pareja, familia o amistades. Es muy importante que los miembros del equipo interdisciplinar (obstetricia, pediatría, psicología y enfermería) trabajen conjuntamente para desempeñar funciones importantes en la detección y tratamiento (8,9,13).

Justificación

La depresión postparto sigue siendo un tema tabú hoy en día debido a la presión social que se ejerce sobre las madres después del nacimiento de un hijo. Se espera que después de dar a luz la madre esté llena de felicidad y no tenga ningún momento de debilidad emocional, aquí comienza el problema de que la DPP sea una enfermedad infradiagnosticada.

Se considera la DPP el trastorno psiquiátrico más frecuente de esta etapa y un gran problema de Salud Pública, por ello es importante realizar un plan de cuidados de Enfermería hacia las mujeres en postparto que sufren DPP con la finalidad de ofrecer una mejor calidad en los cuidados enfermeros a dichas pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un plan de cuidados dirigido a mujeres en postparto, con puntuaciones de riesgo en la escala de DPP, siguiendo el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Objetivos específicos

- Identificar los principales diagnósticos, resultados NOC, intervenciones NIC y desarrollar las actividades de los diagnósticos enfermeros.
- Proporcionar a las madres una escucha activa, centrada en sus sentimientos, convirtiendo a los profesionales de enfermería en uno de sus profesionales de referencia.
- Proporcionar información y herramientas a los profesionales de enfermería para la atención temprana en madres con puntuaciones de riesgo en la escala de DPP.

METODOLOGÍA

Metodología en la búsqueda bibliográfica

Perfil de búsqueda

Para la elaboración de este Plan de Cuidados Estandarizado se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de Enero (2019) – Abril (2019), buscando bibliografía basada en la evidencia científica sobre la depresión postparto y los cuidados de enfermería asociados a la misma.

Para ello se han utilizado publicaciones en papel de la biblioteca del Colegio de Enfermería, de la Universidad de Enfermería y del Hospital San Jorge de Huesca y artículos científicos a través de Internet en bases de datos como SciELO, PubMed y OMS.

En cuanto a las palabras claves, las búsquedas se realizaron mediante la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): "Depresión Posparto", "Maternidad", "Tristeza", "Atención de enfermería". Los operadores booleanos empleados: AND, OR.

Criterios de inclusión y exclusión

Previamente a la búsqueda bibliográfica se establecieron criterios de inclusión y exclusión para todas las bases de datos consultadas.

Criterios de inclusión:

- Artículos completos y resúmenes.
- Publicaciones en inglés y español.
- Artículos publicados entre el año 2008 y 2018, exceptuando dos libros imprescindibles para la realización del plan de cuidados, publicados en 2005 y 2006.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre depresión en mujeres no embarazadas.
- Artículos sobre otros trastornos del postparto.

Búsqueda bibliográfica

A continuación, se adjunta una tabla (Tabla 1) con el resumen de la búsqueda realizada en las bases de datos anteriormente mencionadas.

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se recogen en el Anexo I.

Tabla 1: Metodología de búsqueda bibliográfica.

| BASES DE DATOS | PALABRAS CLAVE (DeCS) | ARTÍCULOS ENCONTRADOS | ARTÍCULOS DESECHADOS | ARTÍCULOS UTILIZADOS |
|-----------------------|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| SciELO | “Depresión postparto” Y “Tristeza” | 34 | 26 | 4 |
| OMS/WHO | “Depresión postparto” OR “Postnatal depression” | 1 | 0 | 1 |
| PubMed | “Postpartum OR perinatal depression” | 132 | 90 | 4 |

Fuente: Elaboración propia.

Metodología del plan de cuidados

La metodología del Plan de Cuidados Estandarizado va a seguir el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, de acuerdo con sus fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (14,15).

- Valoración: es la primera fase del proceso, se basa en la obtención de información (datos objetivos y subjetivos) para detectar los problemas de salud que requieren actuación profesional, validación de los datos recogidos y organización estos por necesidades.

- Diagnóstico: segunda fase, a través de la información recogida en la fase anterior se realiza un análisis general del estado de salud de la persona observando cuales son los principales patrones funcionales alterados y se formulan los principales diagnósticos de autonomía, independencia y colaboración.
- Planificación: en esta etapa se establecen los objetivos a conseguir, los criterios de resultado "NOC" y las intervenciones "NIC".
- Ejecución: fase que consiste en la puesta en práctica de las intervenciones y actividades seleccionadas.
- Evaluación: última etapa, una vez llevada a la práctica el plan de cuidados se realiza una evaluación para comprobar la eficacia mediante los criterios de resultados de enfermería "NOC" con sus indicadores.

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó la Taxonomía NANDA, los diagnósticos enfermeros de Mª Teresa Luis Rodrigo, Clasificación de Resultados NOC y Clasificación de Intervenciones NIC (16-19).

DESARROLLO

Valoración

Para la realización de la valoración enfermera se ha elegido el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (20).

Tras analizar los datos obtenidos en la revisión bibliográfica previa, se observa que las necesidades que se alteran con una mayor frecuencia en la población diana a la que va dirigida el trabajo, mujeres en postparto con puntuaciones de riesgo en la escala de DPP, son:

- *Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.* La alteración de esta necesidad está relacionada con la lactancia materna, debido a los sentimientos de la madre y a la falta de lazos afectivos con el bebé esta puede ser ineficaz.
- *Necesidad 5: Dormir y descansar.* La depresión postparto se trata de un trastorno psicológico que implica alteraciones en esta necesidad debido a que la madre puede tener cambios en el patrón del sueño.
- *Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.* Las madres son las personas que sufren esta complicación del postparto, sin embargo, sus sentimientos tienen repercusión en la salud física y emocional de su entorno, bebé, pareja, familia, amigos.
- *Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.* Principal necesidad alterada, la DPP es un tema tabú, luego las madres que lo sufren no son capaces de comunicar y expresar sus sentimientos por miedo a ser rechazadas o criticadas por la sociedad.
- *Necesidad 12: Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.* El nacimiento de un hijo hace que la madre deba desempeñar un nuevo rol y que con él se sienta realizada,

pero en el caso de la DPP, la madre puede tener falta de interés, transferencia del cuidado del bebé y, por lo tanto, no sentirse desarrollada.

Teniendo en cuenta las necesidades que se ven afectadas, se han identificado los siguientes diagnósticos de enfermería más comunes. Se ha utilizado el modelo de taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Diagnósticos de enfermería, planificación y evaluación

(00146) Ansiedad R/C amenaza en: rol, estado de salud, patrones de interacción, funciones del rol, entorno M/P expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, nerviosismo, temor.

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

NOC: 1302. Afrontamiento de problemas.

Indicadores:

- 130209. Utiliza el apoyo social disponible.
- 130214. Verbaliza la necesidad de asistencia.
- 130215. Busca ayuda profesional de forma apropiada.

NOC: 1305. Adaptación psicosocial: cambio de vida.

Indicadores:

- 130502. Mantenimiento de la autoestima.
- 130505. Expresiones de optimismo sobre el presente.
- 130506. Expresiones de optimismo sobre el futuro.
- 130509. Uso de estrategias de superación efectivas.

NOC: 1402. Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

- 140205. Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- 140207. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

NIC: 4920. Escucha activa.

Actividades:

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Mostrar interés en el paciente.

NIC: 5270. Apoyo emocional.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Ayudar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

NIC: 5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Animar a la paciente a permanecer con el niño.
- Escuchar con atención.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

(00060) Interrupción de los procesos familiares R/C situaciones de transición o crisis y cambios en el estado de salud de un miembro de la familia M/P cambios en las tareas asignadas y en el soporte mutuo.

Definición: cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.

NOC: 2600. Afrontamiento de problemas de la familia.

Indicadores:

- 260003. Afronta los problemas.
- 260007. Expresa libremente sentimientos y emociones.
- 260009. Utiliza estrategias para reducir el estrés.

NOC: 2602. Funcionamiento de la familia.

Indicadores:

- 260204. Distribuye las responsabilidades entre los miembros.
- 260208. Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 260213. Implica a los miembros en la resolución de problemas.
- 260214. Comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia.
- 260215. Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros.

NOC: 2604. Normalización de la familia.

Indicadores:

- 260401. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.
- 260405. Adapta el programa para satisfacer las necesidades de los individuos afectados.
- 260410. Comunica la importancia de mantener las actividades normales y las rutinas de forma apropiada.

NIC: 7110. Fomento de la implicación familiar.

Actividades:

- Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la disposición de la familia para implicarse con la paciente.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Reconocer la necesidad del cuidador principal de ser relevado de las responsabilidades de cuidados continuos.

NIC: 7150. Terapia familiar.

Actividades:

- Determinar los roles habituales de la paciente dentro del sistema familiar.
- Determinar las incapacidades específicas relacionadas con las expectativas de los roles.

(00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño R/C ansiedad asociada al rol parenteral.

Definición: alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.

NOC: 1500. Lazos afectivos padre-hijo.

Indicadores:

- 150004. Verbaliza sentimientos positivos hacia el lactante.
- 150005. Mantiene al lactante cerca de ellos.
- 150006. Toca, acaricia y da palmaditas al lactante.
- 150007. Besa al lactante.
- 150008. Sonríe al lactante.
- 150014. Juega con el lactante.

NOC: 2211. Ejecución del rol de padres.

Indicadores:

- 221114. Interacciona de forma positiva con el niño.
- 221115. Demuestra empatía hacia el niño.
- 221116. Verbaliza atributos positivos del niño.
- 221117. Manifiesta una relación de afecto con el niño.
- 221119. Expresa satisfacción con el rol de padre.
- 221120. Demuestra una autoestima positiva.

NIC: 5370. Potenciación de roles.

Actividades:

- Ayudarle a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles a roles nuevos.
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita la madre para cumplir con un rol.

NIC: 6710. Fomentar el acercamiento.

Actividades:

- Animar a la madre a tocar y hablar al recién nacido.
- Ayudar a la madre a participar en el cuidado del bebé.
- Reforzar el contacto visual con el bebé.
- Reforzar los comportamientos del papel del cuidador.

NIC: 7130. Mantenimiento en procesos familiares.

Actividades:

- Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de la situación.

(00055) Desempeño inefectivo del rol R/C baja autoestima M/P ansiedad y cambio en los patrones usuales de responsabilidad.

Definición: los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra.

NOC: 1501. Ejecución del rol.

Indicadores:

- 150101. Capacidad para cumplir las expectativas del rol.
- 150103. Ejecución de las conductas del rol familiar.
- 150110. Descripción de los cambios conductuales con un nuevo miembro de la familia.

NIC: 4410. Establecimiento de objetivos comunes.

Actividades:

- Animar a la paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- Explicar al paciente que solo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Ayudar a la paciente a sopesar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos.
- Ayudar a la paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.

NIC: 5400. Potenciación de la autoestima.

Actividades:

- Animar a la paciente a identificar sus virtudes.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Recompensar o alabar el progreso de la paciente en la consecución de objetivos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Además de los principales diagnósticos desarrollados también se encuentran los siguientes:

- (00104): Lactancia materna ineficaz.
- (00198): Trastorno del patrón del sueño.
- (00241): Deterioro de la regulación del estado de ánimo.
- (00063): Procesos familiares disfuncionales.
- (00069): Afrontamiento ineficaz.
- (00099): Mantenimiento inefectivo de la salud.

CONCLUSIONES

La DPP continúa siendo un tema tabú en nuestra sociedad y, por lo tanto, una enfermedad infradiagnosticada, sin embargo, supone un gran problema de Salud Pública.

La aplicación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados mediante la utilización del lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos y centrados en el paciente.

Una adecuada valoración enfermera por medio de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson proporciona un abordaje completo de la paciente, permitiendo así la identificación de los principales diagnósticos, objetivos y actividades.

El equipo multidisciplinar debe trabajar conjuntamente, sin embargo, la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado de la madre que sufre DPP debido a que esta necesita ser atendida de forma cercana y ser acompañada en todo el proceso para no deteriorar su autoestima como madre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navas Orozco W. PSIQUIATRIA - Depresión Posparto. 2013;(608):639-47.
2. OMS | ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? WHO [Internet]. 2016 [citado 1 de febrero de 2019]; Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
3. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. 2015;(1995):887-94.
4. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: Estudio de cohorte. Rev Chil Pediatr. 2017;88(3):360-6.
5. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. Curr Psychiatry Rep [Internet]. septiembre de 2014 [citado 8 de febrero de 2019];16(9):468. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034859>
6. Alexandre T, Ferreira N, Gomes A, Vieira D, Neto KX, Rosemiro F, et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. 2013;12:404-19.
7. Lowdermilk PC. Manual Clínico: Maternidad y salud de la mujer. 9º Edición. Elsevier Masson; 2008. 243-244.
8. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2013;27(3):185-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tlang=pt

9. Rodden J. Prevalencia de depresión postparto en primigesta y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. 2010;12(2):174-92.

10. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Arch Womens Ment Health [Internet]. 25 de febrero de 2015 [citado 15 de febrero de 2019];18(1):41-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25422150>

11. Barbosa MAR da S, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia [Internet]. Vol. 15, Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2016 [citado 15 de febrero de 2019]. 232-255 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009&lang=es

12. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. Matern Child Health J [Internet]. mayo de 2013 [citado 17 de febrero de 2019];17(4):616-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22581378>

13. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum Depression: A Review. J Health Care Poor Underserved [Internet]. mayo de 2012 [citado 17 de febrero de 2019];23(2):534-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22643605>

14. Luis Rodrigo MT, Fernandez Ferrin C, Navarro Gomez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a Edición. Barcelona: Masson; 2005.

15. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. 2010;(17).

16. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. 9^a Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
17. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017. Elsevier.
18. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6^o Edición. Madrid: Elsevier; 2018.
19. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^o Edición. Madrid: Elsevier; 2018.
20. Arribas Cachá AA, Aréjula Torres JL, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, Santamaría García JM. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN. Observatorio de Metodología Enfermera; 2006.

ANEXOS

Anexo I

Resultados de la búsqueda bibliográfica.

| | TÍTULO | AUTOR/AÑO | TIPO DE ARTÍCULO | RESUMEN |
|---|--|--|-------------------------|---|
| 1 | Psiquiatría: depresión postparto | Navas Orozco W. 2013 | Artículo de revisión | El embarazo y nacimiento de un hijo conlleva un periodo de adaptación y cambios psicológicos en la mujer. |
| 2 | ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? | OMS. 2016 | Publicación y folleto | Características principales de la DPP. Prevalencia. |
| 3 | Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje | Mendoza C, Saldivia S. 2015 | Artículo de revisión | La DPP es la complicación psiquiátrica más frecuente del puerperio y supone un problema de Salud Pública. |
| 4 | Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil | González G, Morales M, Sosa C, Upierrez E, Duarte M, Cal J, et al. 2017 | Estudio de cohorte | El deterioro en el vínculo madre-hijo influye negativamente en el desarrollo del bebé, especialmente en el área social y área del lenguaje. |

| | | | | |
|---|--|---|----------------------|--|
| 5 | Perinatal Depression: An Update and Overview | Stuart-Parrigon K, Stuart S. 2014 | Artículo | Según el manual DSM-V la DPP se inicia durante el embarazo o el año posterior al parto y se deben cumplir al menos 5 de los 9 síntomas. |
| 6 | Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura | Alexandre T, Ferreira N, Gomes A, Vieira D, Neto KX, Rosemire F, et al. 2013 | Artículo | La DPP provoca grandes daños en la salud materno infantil y en la unidad familiar, se considera al personal de enfermería imprescindibles en el cuidado y dirección de la madre en el postparto. |
| 7 | Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto | Medina E. 2013 | Artículo de revisión | Principales diferencias y características entre la DPP, la tristeza postparto y la psicosis postparto. |
| 8 | Prevalencia de depresión postparto en primigesta y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo | Rodden J. 2010 | Artículo | La escala de depresión postnatal de Edimburgo es el principal método utilizado para valorar y detectar la DPP. |

| | | | | |
|----|--|---|----------------------|---|
| 9 | Preventing postpartum depression: review and recommendations | Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. 2015 | Artículo | La DPP sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada debido a la presión social y miedo que tienen las madres a mostrar sus sentimientos. |
| 10 | Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia | Barbosa MA, Ângelo M. 2016 | Artículo | La familia debe de conocer y comprender el significado de la DPP para ayudar a la madre y tratar de adaptar la vida familiar a la nueva situación. |
| 11 | Social support during the postpartum period: mother's views on needs, expectations and mobilization of support | Negron R, Martin A, Almong M, Balbierz A, Howell EA. 2013 | Artículo | Las madres tienen grandes necesidades emocionales y sociales durante el postparto y el apoyo familiar y social tiene un efecto protector ante la DPP. |
| 12 | Postpartum Depression: a review | Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. 2012 | Artículo de revisión | El equipo multidisciplinario es imprescindible en el cuidado, detección y tratamiento de la DPP. |
| 13 | El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado | Reina NC. 2010 | Artículo | Etapas proceso de enfermería. |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo II

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| | Tanto como siempre | 0 |
| 1). He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas. | No tanto ahora | 1 |
| | Mucho menos | 2 |
| | No, no he podido | 3 |
| 2). He mirado el futuro con placer. | Tanto como siempre | 0 |
| | Algo menos de lo que solía hacer | 1 |
| | Definitivamente menos | 2 |
| | No, nada | 3 |
| 3). Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien. | Sí, la mayoría de las veces | 3 |
| | Sí, algunas veces | 2 |
| | No muy a menudo | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 4). He estado ansiosa y preocupada sin motivo. | No, para nada | 0 |
| | Casi nada | 1 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | Sí, a menudo | 3 |
| 5). He sentido miedo y pánico sin motivo alguno. | Sí, bastante | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No, no mucho | 1 |
| | No, nada | 0 |
| 6). Las cosas me oprimen o agobian. | Sí, la mayor parte de las veces | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No, casi nunca | 1 |
| | No, nada | 0 |
| 7). Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir. | Sí, la mayoría de las veces | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No muy a menudo | 1 |
| | No, nada | 0 |
| 8). Me he sentido triste y desgraciada. | Sí, casi siempre | 3 |
| | Sí, bastante a menudo | 2 |
| | No muy a menudo | 1 |
| | No, nada | 0 |
| 9). He sido tan infeliz que he estado llorando. | Sí, casi siempre | 3 |
| | Sí, bastante a menudo | 2 |
| | Solo en ocasiones | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 10). He pensado en hacerme daño a mí misma. | Sí, bastante a menudo | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Casi nunca | 1 |
| | No, nunca | 0 |

Fuente: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh. British Journal of Psychiatry [Internet]. 1987 [Citado 1 marzo 2019]; 150. Disponible en:

https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

