



Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados estandarizado en la mujer puérpera
tras un parto traumático.

Standardized care plan for puerperal women after a
traumatic childbirth.

Autora

Andrea Ruiz Martínez

Directora

Ana Belén Subirón Valera

Facultad de Ciencias de la Salud-Grado de Enfermería

2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA.....	7
OBJETIVOS.....	9
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	10
VALORACIÓN.....	10
DIAGNÓSTICO	13
PLANIFICACIÓN	15
EVALUACIÓN	27
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	33
ANEXO 1: Escala LATCH	33
ANEXO 2: Test del vínculo posparto.	34
ANEXO 3: Escala de depresión posparto de Edinburgh.....	35
ANEXO 4: Cuestionario de estrés postraumático perinatal.....	36
ANEXO 5: Trastorno de estrés postraumático (DSM-IV).....	37

RESUMEN

Introducción: El parto es un proceso neurohormonal que produce un gran impacto físico y psicológico en la mujer. Una mala experiencia de parto puede conducir al desarrollo de un trauma posparto acompañado por síntomas de ansiedad, afrontamiento ineficaz, mala creación del vínculo materno-filial y problemas en la lactancia materna y en las relaciones familiares. Uno de los factores más influyentes en el parto traumático es el trato recibido por parte de los profesionales; la llamada “violencia obstétrica” pueda dejar importantes secuelas psicológicas tras el desarrollo de trastornos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o la depresión posparto.

Objetivo: Elaborar un proceso de atención de enfermería dirigido a mujeres puerperas tras un parto traumático en el ámbito de atención primaria.

Metodología: Se utilizaron bases de datos científicas, libros y protocolos de diferentes organismos para realizar una revisión bibliográfica del tema. Además se consultó la página web NNNconsult para el desarrollo del PAE.

Conclusión: La prestación de unos cuidados enfermeros de calidad en la consulta de atención primaria para mujeres que hayan sufrido un parto traumático es esencial. Esto les ayuda a afrontar el comienzo de la maternidad, mejorar su relación con el entorno y evitar la aparición de trastornos mentales. En una recuperación integral de la paciente se necesita un trabajo interdisciplinar, centrado en la mujer y basado en una relación de confianza, respeto y empatía, ofreciendo los recursos y grupos de apoyo necesarios.

Palabras clave: parto traumático, TEPT, violencia obstétrica, puerperio tardío, atención de enfermería, atención primaria.

ABSTRACT

Background: Childbirth is a neurohormonal process that produces a high physical and psychological impact on women. A bad delivery experience can lead to the development of postpartum trauma accompanied by symptoms such as anxiety, ineffective coping, poor maternal-child bonding, as well as problems in breastfeeding and family relationships. One of the most influential factors in a traumatic childbirth is the personal treatment received by professionals. The called "obstetric violence" can leave important psychological consequences such as the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) or postpartum depression.

Aim: To develop a nursing care plan for puerperal women after a traumatic delivery in primary health care.

Methods: Scientific databases, books and protocols from different organizations were used to develop a bibliographical review of the subject. In addition, the NNNconsult website was consulted for implementing the nursing care plan.

Conclusion: Providing quality nursing care in primary health care consultations for women who have suffered a traumatic delivery is essential. It helps them cope with the onset of motherhood, improve their relationship with the environment and prevent the occurrence of mental disorders. To obtain a complete recovery of the patient, we need to carry out an interdisciplinary work, focused on women and based on a trusted relationship, respect and empathy, offering the necessary resources and support groups.

Key words: traumatic childbirth, PTSD, obstetric violence, late puerperium, nursing care, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de parto es uno de los acontecimientos vitales más significativos en la vida de una mujer. Tiene un enorme impacto corporal pero también existencial y psicológico. Las mujeres recuerdan sus partos toda la vida con gran detalle y emoción. (1) Durante el parto el cerebro materno está repleto de neurohormonas específicas que preparan a la mujer para el inicio del vínculo con su bebé, lo que hace que los eventos que transcurren a su alrededor se vivan con mayor intensidad pero también vulnerabilidad. (2)

Culturalmente se espera que cuando una mujer ha dado a luz a un hijo sano, se encuentre feliz, satisfecha y agradecida con la experiencia; pero esto quizás no suceda así. Un gran número de mujeres no se han sentido a gusto, ni han tenido el parto que esperaban. La OMS define como experiencia de parto positiva aquella que cumple con las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de una mujer, incluyendo dar a luz a un bebé sano en un entorno clínico y psicológicamente seguro. (3) ¿Qué sucede entonces cuando ocurre lo contrario? ¿Se ofrecen los cuidados y apoyos suficientes a estas mujeres?

Cada vez hay descritas más experiencias y relatos de partos desagradables, en las que las mujeres sintieron impotencia y frustración al no haber cumplido sus expectativas de parto. Muchas de las mujeres entrevistadas en el estudio de Rodríguez-Almagro et al. expresaron no haber recibido una atención adecuada por parte del profesional, ni haber estado preparadas para las complicaciones obstétricas que surgieron. Otras manifestaron haber sentido mucho dolor y sufrimiento. La sensación de no ser vista o escuchada durante el parto contribuyó también a una experiencia negativa. (3)

Una mala experiencia de parto puede tener un impacto significativo en la salud mental materna, llegando incluso a ser un acontecimiento traumático. (3) En la cuarta edición de la DSM, la definición de trauma se amplía a "cualquier evento que suponga una amenaza de muerte o graves daños para la integridad física de uno mismo o de otros, cuando la

respuesta individual está marcada por el miedo extremo, la indefensión o el horror". Por ello en ocasiones se ha definido un parto traumático como aquel parto en el que "hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé". (4) Sin embargo no hay una definición consistente, ni unas características específicas que lo describan; como dice la enfermera Cheryl Beck "el trauma reside en la mirada de quien lo percibe". (4,5) Es decir, el grado de trauma desarrollado no se debe tanto a la gravedad o complicaciones del parto sino más bien a aspectos psíquicos, culturales o sociales como son las expectativas de cada mujer, la percepción cultural del parto, el nivel de intervencionismo médico experimentado, el sufrimiento, la pérdida de control o la percepción de una atención intraparto inadecuada. (2,6) Incluso las causas o factores predisponentes a sufrir un parto traumático no tienen por qué surgir necesariamente en el parto sino también durante el embarazo; entre ellos, una historia de trauma sexual previo, enfermedades o trastornos de salud mental, mujeres que hayan tenido una gestación complicada, primíparas, embarazos no deseados etc. (6)

Diferentes estudios han demostrado que uno de los factores más influyentes es el trato recibido por los profesionales de la salud. (7,8) Elmir et al. mostró como a menudo el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras. Según estas mujeres, habían sido tratadas de forma deshumanizada, irrespetuosa y descuidada; no habían respetado su derecho al consentimiento informado o sus opiniones habían sido ignoradas. (5,9)

Este tipo de actos fueron condenados en una declaración de la OMS en 2015, y en 2007 Venezuela fue el primer país en considerarlos como violencia obstétrica en el marco legal. (10) En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia la definieron como: "La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres". (11)

La ONU recomienda a los Estados la promulgación de leyes que penalicen la violencia obstétrica, y la elaboración de políticas y estrategias de salud reproductiva para su prevención. (12) En España todavía hay mucha reticencia por parte de los profesionales a reconocer este hecho, e incluso la SEGO ha declarado su desaprobación con el término, calificándolo como "un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado y científicamente inaceptable". (13,14) Sin embargo su reconocimiento es necesario para poder tomar medidas sobre sus consecuencias físicas y psicológicas en las mujeres.

Sin duda, la mejor intervención frente al desarrollo de un parto traumático es su prevención. Pero el hecho de mejorar la capacitación de las mujeres en la toma de decisiones a través de la formación y, empoderarlas sobre sus derechos sanitarios no son siempre un factor protector. Los profesionales deben ser conscientes de la enorme repercusión de sus acciones, tanto en la prevención como en el desencadenamiento de un parto traumático, y actuar en consecuencia a favor del bienestar de las pacientes. (1)

Además, enfermería y en especial las enfermeras especialistas-matronas tienen un papel importante en la atención de las mujeres tras la experiencia de un parto traumático. Requieren de una buena formación en atención psicológica perinatal para detectar síntomas y conductas inadecuadas en las puérperas y poder proporcionar una atención temprana. (15) Es esencial evitar la cronificación e intensificación de las secuelas psicológicas para prevenir el desarrollo de un trastorno de estrés post-traumático (TEPT). (16) Se estima que entre el 2 y el 6 % de las mujeres desarrolla un TEPT completo tras el parto y que el 35 % de las madres presenta algún grado de TEPT. (17)

Por ello, se considera necesario la elaboración de un Plan de Cuidados que asegure la atención de ciertos aspectos comunes frente a las secuelas psicológicas de la violencia obstétrica intraparto.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo de fin de grado, la búsqueda bibliográfica se desarrolló entre los meses de enero y abril de 2020. Las fuentes consultadas para llevar a cabo la revisión bibliográfica fueron:

- Bases de datos y buscadores: PubMed, CUIDEN, Dialnet y Science Direct.
- Libros: *Parir* de Ibone Olza.
- Páginas web y guías clínicas de la OMS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, FAME, asociaciones como El parto es nuestro y Birth Trauma Association.

Para realizar la búsqueda se utilizaron algunos descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y MeSH. Así como también se realizaron diferentes combinaciones con operadores boléanos: "AND" y "OR".

Respecto a la estrategia de búsqueda en las bases de datos, se valoró que los artículos tuvieran una antigüedad menor a 5 años, aunque finalmente también se incluyó algún artículo de mayor antigüedad al considerarse relevante para el trabajo.

Los criterios de exclusión en la selección de los artículos fueron: títulos de artículos no acorde con el tema tratado, resúmenes no relacionados con el tema del trabajo o poco relevantes para éste, artículos en idiomas diferentes al inglés o español o que no aportasen información novedosa y de interés. No se excluyó ningún artículo por tipo de estudio ni publicación.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	Nursing care traumatic childbirth	5 years Humans	47	2
PUBMED	obstetric violence[Title]	5 years Humans	22	2

PUBMED	Posttraumatic stress disorder, childbirth, nursing care, midwives	Full text Humans	29	2
PUBMED	Cheryl Beck [Author] AND ("post-traumatic stress disorder" OR "Birth trauma")		15	3
MEDLINE	"Stress Disorders, Post- Traumatic"[Mesh] AND "Violence"[Mesh] AND "Delivery, Obstetric"[Mesh]	5 years	5	1
CUIDEN	"violencia obstétrica"	2015-2020	24	1
DIALNET	"estrés postaumático" AND "parto"		121	2
SCIENCE DIRECT	"postpartum" AND "birth experience" AND "primary health care"	10 years	55	1
SCIENCE DIRECT	"Post-traumatic stress disorder" AND "postpartum" AND "PTSD Questionnaire"	2015-2020	11	1

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un proceso de atención de enfermería dirigido a mujeres puérperas tras un parto traumático en el ámbito de atención primaria.

Objetivos específicos

- Describir las necesidades psicológicas más frecuentes de las mujeres que han sufrido un parto traumático.
- Revisar la evidencia científica actual sobre los cuidados e intervenciones de los profesionales de enfermería en el puerperio tardío tras un parto traumático.
- Analizar la importancia de la atención temprana en estas pacientes para detectar y prevenir futuras complicaciones como el TEPT y la depresión posparto.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Idealmente las visitas de control del puerperio de la enfermera especialista (matrona) se inician entre las 24 y 48 horas tras el alta hospitalaria. En estas consultas se valora el estado de salud de la mujer y el recién nacido, su entorno social y familiar, la recuperación del suelo pélvico, el desarrollo de la lactancia materna, se da consejos sobre la contracepción y se responde a las inquietudes de las mujeres. Es muy importante valorar el bienestar emocional de éstas y las estrategias de afrontamiento desarrolladas para hacer frente a los cambios. (18)

El propósito de este plan de cuidados estandarizado es proporcionar una guía de atención, en el puerperio tardío, a aquellas mujeres que hayan sufrido un impacto emocional debido a la violencia obstétrica ejercida durante el parto. Se deberá individualizar cada caso, estableciendo una relación de confianza y ayuda para mejorar la recuperación de la paciente tras un parto traumático así como para evitar la aparición o agravamiento de secuelas psicológicas que afecten a su vida diaria.

VALORACIÓN

La valoración de la mujer puérpera se realizará según los patrones funcionales de Marjory Gordon. En este apartado se muestran las posibles alteraciones en cada uno de ellos.

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.

Las mujeres perciben su estado de salud alterado aunque algunas no sienten la necesidad de apoyo profesional. Tienen dificultad para adaptarse a los cambios y afrontar la nueva situación. En esta nueva etapa resulta difícil compatibilizar los cuidados del bebé, el propio autocuidado y las tareas habituales. Su estado emocional durante el puerperio es de extrema vulnerabilidad. (1)

Patrón 2. Nutricional-metabólico.

Durante la lactancia los requerimientos energéticos de la mujer aumentan hasta 500Kcal/día, pudiendo mantener los suplementos vitamínicos y/o de

minerales que estuviese tomando durante la gestación. Es posible que muestren falta de apetito y deshidratación leve dada su situación.

Patrón 3. Eliminación.

Un patrón de alimentación inadecuado podría alterar su microbiota intestinal. A causa de los desgarros o episiotomías puede haber afectación de la micción espontánea, incontinencia urinaria o fecal, prolapo rectal etc. Pudiendo necesitar rehabilitación del periné. (7)

Patrón 4. Actividad-ejercicio.

Tras el alta hospitalaria, la paciente puede ser dependiente para algunas actividades de la vida diaria si sigue teniendo molestias. También son normales los entuertos, más comunes en multíparas y que se acentúan con la lactancia. Su estado de ánimo y el cansancio pueden influir mucho en su disposición para realizar diferentes actividades tanto de ocio como tareas domésticas.

Patrón 5. Sueño-descanso

Suelen tener dificultad a la hora de conciliar el sueño. Las pesadillas del parto hacen que el sueño no sea del todo reparador. (17) A esto hay que añadirle la falta de descanso nocturno debido a las tomas continuas de leche y cuidados del recién nacido.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual.

Es posible que la mujer se encuentre en un estado de hipervigilancia, sobreestimulada por el recién nacido pero también por estímulos internos, de pensamientos y recuerdos del parto. Le resulta difícil concentrarse en una tarea y le es bastante complicado tomar decisiones. (1)

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

El organismo materno sufre cambios corporales y fisiológicos importantes en este periodo. Su capacidad de asimilación puede verse alterada sobre todo si su estado anímico es bajo.

Entre los cambios producidos, está la preparación de la mama para la síntesis láctea. Sin embargo se ha visto que factores estresantes durante el

parto, producen un aumento de los niveles de cortisol así como un patrón de liberación de oxitocina menos pulsátil y niveles más bajos de prolactina. Esto afecta y tiene un riesgo para la lactogénesis tardía y por consecuente dificulta el inicio de la lactancia materna. (19)

El fracaso de la lactancia materna de aquellas que lo desean puede agravar todavía más los síntomas de decepción y frustración. (1,19) Podremos valorar el desarrollo de la lactancia con la escala LATCH (anexo 1).

Patrón 8. Rol-relaciones.

La paciente asume un nuevo rol como madre pero no de la manera que se había imaginado. Se siente culpable de la manera en que ha nacido su hijo y por eso quiere demostrar que es capaz como madre.

Puede notarse una falta de comunicación con su entorno. No quieren compartir su estado de ánimo ni preocupaciones por miedo a que sean banalizadas. Puede sentirse incomprendida y sola frente a la situación cuando lo que desea es comprensión y apoyo. (5,20)

Además también afecta en la relación con el recién nacido pues es un recordatorio constante del trauma. Demuestra poca emoción y conexión física con su bebé, algunas madres, rara vez hacen contacto visual o interactúan con él. (5,6) Le puede resultar difícil crear un vínculo maternofilial por lo que para valorarlo podemos usar el cuestionario "Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)" de 25 ítems, que encontramos en el anexo 2.

También puede resultarles difícil, sobre todo al principio, confiar en otros profesionales de la salud. Por ejemplo si sufrió violencia física o sintió un trato deshumanizado durante el parto es posible que no quiera que la exploren durante el posparto o tenga miedo al acudir a las citas posteriores en el centro de salud. En algunos casos pueden tener comportamientos sobreprotectores o son hipervigilantes con el bebé, no dejan que se acerquen a ellos e incluso excluyen a su pareja de los cuidados. (5)

Patrón 9. Sexualidad-reproducción.

Sus relaciones sexuales pueden verse seriamente comprometidas tanto por las secuelas físicas como por sentimientos que les invaden: recuerdos del

parto, miedo a volver a quedarse embarazadas etc. Muchas no pueden imaginarse teniendo que pasar por otro parto. Algunas consideran su parto como una violación. (5,6,17)

La dispareunia forma parte de esas secuelas físicas que impedirán el coito durante varias semanas o meses.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés.

Al haber pasado por una situación estresante, reviven momentos del parto de forma involuntaria, como conversaciones con los profesionales, incluso años después. (5) Evitan todos aquellos estímulos que tengan que ver con el embarazo, parto o maternidad. (6) A veces no soportan ver embarazadas por la calle y evitan acudir a parques o relacionarse con otras madres puérperas. En el posparto les es difícil asimilar todo lo que han vivido, no entienden muy bien lo que ha pasado ni por qué. Buscan una explicación a lo que sufrieron. (21) El activismo del parto a menudo es una secuela más del parto con violencia obstétrica. (6) La angustia y ansiedad puede prolongarse o intensificarse con los años.

Patrón 11. Valores-creencias.

Este patrón no se ve afectado. Lynn Callister afirma que en el parto son bastante frecuentes las vivencias espirituales y místicas. (22)

DIAGNÓSTICO

1. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

REALES: se incluirán en el caso de que la mujer presente patologías de base que tengamos que tener en cuenta en sus cuidados.

COMPLICACIONES POTENCIALES:

- CP: Depresión posparto secundaria a baja autoestima situacional, alteraciones emocionales y/o falta de soporte familiar y social.
- CP: Trastorno de estrés postraumático secundario a la prolongación y no resolución del trauma del parto.

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Se escogieron los diagnósticos de enfermería de la clasificación NANDA más relevantes en este tipo de pacientes. Se describen a continuación los diagnósticos por orden de prioridad de intervención:

- **[00146] Ansiedad** relacionado con la vivencia de un parto traumático y sentimientos de falta de control y amenaza de muerte o riesgo vital tanto hacia ella y al recién nacido durante el parto manifestado por preocupación, hipervigilancia del recién nacido, irritabilidad, angustia, cambios en el patrón del sueño, cambios en la concentración y disminución de la habilidad para resolver problemas.
- **[00104] Lactancia materna ineficaz** relacionado con el retraso en la fase II de la lactogénesis, la ansiedad y fatiga materna manifestado por posible ganancia insuficiente de peso del lactante, llanto persistente del lactante o percepción de secreción de leche inadecuada.
- **[00208] Disposición para mejorar el proceso de maternidad** manifestado por la expresión de deseo de mejorar el uso de sistemas de apoyo y de mejorar la conducta de vinculación.
- **[00059] Disfunción sexual** relacionado con alteración de la estructura corporal y alteraciones psicológicas derivadas del parto manifestado por disminución del deseo sexual, dispareunia y ansiedad.
- **[00052] Deterioro de la interacción social** relacionado con ansiedad y trauma del parto manifestado por la familia expresa cambios en la interacción y desconfort en situaciones sociales.
- **[00145] Riesgo de síndrome postraumático** relacionado con la percepción traumática del parto y de amenaza grave para su hijo y/o para sí misma.

Estos diagnósticos ayudarán a resolver otros que derivan de los mismos y que no están incluidos en este PAE como por ejemplo: [00125] Impotencia, [00198] Trastorno del patrón del sueño o [00153] Riesgo de baja autoestima situacional.

PLANIFICACIÓN

[00146] Ansiedad

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

➤ Objetivos (NOC)

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1211] Nivel de ansiedad</p> <p><i>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [121129] Trastorno del sueño• [121136] Culpabilidad• [121133] Nerviosismo
<p>➤ [1402] Autocontrol de la ansiedad</p> <p><i>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [140205] Planea estrategias para superar situaciones estresantes• [140219] Identifica factores desencadenantes de la ansiedad• [140222] Comparte preocupaciones con otros

➤ Intervenciones (NIC)

NIC	ACTIVIDADES
[4920] Escucha activa	- Conocer la experiencia de parto de la mujer. El método Debriefing usado en algunos servicios de maternidad del Reino Unido muestra

	<p>controversia por su falta de evidencia sólida.</p> <p>(23-25) El Debriefing formal no está recomendado sin embargo es importante hacer un interrogatorio informal y escuchar sin interrupciones la versión de la mujer: pensamientos, sentimientos y preocupaciones.</p> <p>(16) Contar el propio parto una y otra vez ayuda a integrar y esclarecer los hechos, ordenando los recuerdos y contrastando las versiones con los demás (profesionales y parejas o familiares).</p> <p>(22)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. - Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas, al tono, ritmo e inflexión de la voz. Observar su nivel de ansiedad.
<p>[5240]</p> <p>Asesoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es primordial establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, sobre todo en este tipo de mujeres que han podido perder la confianza en los profesionales sanitarios. Debemos disponer de intimidad suficiente en la consulta y asegurar la confidencialidad. (16) - Proporcionar información objetiva sobre el desarrollo del parto. Para ello necesitamos que las mujeres pidan su historia clínica: la historia obstétrica, el partograma, el registro tococardiográfico e informes del alta. La matrona deberá realizar una interpretación real de lo que sucedió en el parto, ya que puede haber discrepancias entre lo que la mujer cree que pasó y lo que realmente sucedió. La comprensión de los acontecimientos es esencial para disminuir

	<p>el impacto del parto traumático. (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a identificar el problema y las situaciones causantes de la ansiedad posparto. - Ofrecer material de apoyo y recursos fiables (lecturas, videos, webs de asociaciones) para buscar información. (16)
[6040] Terapia de relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación y los beneficios que supondrán para su estado de salud: favorece el sueño y descanso, mejora la concentración, reduce los niveles de estrés etc. - Mostrar diferentes tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva de Edmund Jacobson). - Aconsejar a la persona adoptar una posición cómoda sin ropas que compriman y con los ojos cerrados para este tipo de ejercicios. - Proporcionar un ambiente cómodo y libre de interrupciones. - Proporcionar grabaciones de audio de música relajante y de ejercicios de visualización (imaginación simple dirigida) para que la mujer pueda usarlos en casa.

[00104] Lactancia materna ineficaz

Definición: Dificultad para el amamantamiento que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

➤ **Objetivos (NOC)**

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1800] Conocimiento: lactancia materna</p> <p><i>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • [180001] Beneficios de la lactancia materna. • [180005] Técnica adecuada para amamantar al bebé.
<p>➤ [1001] Establecimiento de la lactancia materna: madre</p> <p><i>Definición: Establecimiento de una unión adecuada entre un lactante y la succión del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • [100118] Satisfacción con el proceso de lactancia • [100125] Utiliza el apoyo de la comunidad

➤ **Intervenciones (NIC)**

NIC	ACTIVIDADES
<p>[5244] Asesoramiento en la lactancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna. (26) - Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma. - Ayudar a asegurar que el lactante se sujetó bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión

	<p>areolar, y deglución audible).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej. posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral). - Describir las formas para facilitar la transferencia de la leche (p. ej. técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo). - Explicar los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario. (27)
[5540] Potenciación de la disposición de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad. - Explicar cómo las experiencias desagradables previas del paciente con la asistencia sanitaria difieren de la situación actual, y cómo la lactancia materna podría ayudar a afrontarlas. - Proporcionar un desencadenante o activador (comentarios/razones y nueva información) que motive el mantenimiento de la lactancia materna. (27)

[00208] Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Definición: Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que puede ser reforzado.

➤ **Objetivos (NOC)**

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1624] Conducta de la salud maternal posparto</p> <p><i>Definición: Acciones personales para promocionar la salud de una madre en el período siguiente al nacimiento de un bebé.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [162402] Establece un vínculo con el lactante• [162432] Utiliza el apoyo familiar
<p>➤ [1818] Conocimiento: salud materna en el puerperio</p> <p><i>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la salud materna en el período después del nacimiento del bebé.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [181824] Rendimiento del papel materno• [181828] Cuándo obtener ayuda de un profesional sanitario

➤ **Intervenciones (NIC)**

NIC	ACTIVIDADES
[6710] Fomentar el apego	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar en cada consulta posparto la interacción madre-hijo. (26)- Facilitar el contacto ocular entre la madre y el recién nacido.- Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente (p. ej. contacto piel con piel, lactancia materna, llevar al niño cogido y dormir en

	<p>estrecha proximidad con él). Realizar el ejercicio de agarre espontáneo al pecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a los progenitores sobre las diversas maneras de proporcionar contacto piel con piel (p. ej. método canguro, masajes y baños conjuntos). - Comentar con las madres los temas que les preocupan (p. ej. miedos, preguntas relativas a los cuidados del lactante, sentimientos de cansancio, tratamiento del dolor y formas de interactuar con el lactante y responderle). Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpabilidad y soledad sobre la autoestima y vínculo materno-filial.
[0180] Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir las molestias de las secuelas físicas que puedan interferir en el estado de ánimo y en la actividad. - Seguir un ritmo vital adaptado a sus necesidades, sin exigencias ni presiones. Tener en cuenta sus propias limitaciones y tratar de disponer de algo de tiempo para sí misma. (28) - Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga. - Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de estas. - Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad. - Cuidar la alimentación para mantener unos niveles óptimos de energía.
[7400] Orientación en el sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto. (16) - Derivar a otros profesionales sanitarios si procede. Suele ser necesario trabajar con una

	<p>psicóloga perinatal si la labilidad emocional se prolonga más allá de los 10 días. En cuanto a la recuperación física también es recomendable trabajar con fisioterapeutas especializados en suelo pélvico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer un sistema de seguimiento con el paciente y trabajar en coordinación con los demás profesionales.
--	---

[00059] Disfunción sexual

Definición: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

➤ Objetivos (NOC)

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1839] Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el posparto.</p> <p><i>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la función sexual durante el embarazo y el posparto.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • [183908] Cambios psicológicos asociados al posparto • [183914] Modificación de la posición coital para evitar molestias • [703] Estado de ánimo deprimido
<p>➤ [0007] Nivel de fatiga</p> <p><i>Definición: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • [705] Descenso de la libido • [714] Nivel de estrés

➤ **Intervenciones (NIC)**

NIC	ACTIVIDADES
[6930] Cuidados posparto	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar el dolor (p. ej., baños de asiento, deambulación, masaje, imágenes guiadas, compresas de hielo, compresas de Hammamelis y distracción). - Instruir a la paciente sobre la necesidad de descansar y dormir adecuadamente para mejorar su estado emocional y nivel de energía. <p>(26)</p>
[5248] Asesoramiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual: fomentar el tacto, los besos, las caricias y posponer el coito hasta que la mujer se vea recuperada y preparada. - Ayudar a la paciente a expresar la pena y el enfado por los cambios corporales y de la actividad sexual. - Animar para que experimenten otras formas alternativas de expresión sexual. Ir adaptándose a los cambios del deseo. - Aconsejar sobre la anticoncepción en el posparto. (26)

[00052] Deterioro de la interacción social

Definición: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

➤ **Objetivos (NOC)**

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1216] Nivel de ansiedad social</p> <p><i>Definición: Gravedad de la evasión irracional, aprensión, y angustia en anticipación de o durante las situaciones sociales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [121601] Evita situaciones sociales• [121614] Preocupación por la opinión de los demás después de los encuentros sociales
<p>➤ [2602] Funcionamiento de la familia</p> <p><i>Definición: Capacidad de una familia para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• [260211] Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos• [260222] Los miembros se apoyan entre sí

➤ **Intervenciones (NIC)**

NIC	ACTIVIDADES
[5450] Terapia de grupo	<ul style="list-style-type: none">- Crear un grupo de ayuda emocional de mujeres que hayan sufrido un parto traumático. (1,16)- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.- Disponer las sillas en círculo, cerca unas de otras.- Animar a los miembros a que comparten su experiencia de parto y sus sentimientos. Les ayudará a sanar y comprender que no son las únicas que han tenido un parto traumático. Tienen que comprender que sus sentimientos (muy ambivalentes a veces hacia el bebé) son fisiológicos y comunes en muchas madres

	durante las primeras semanas posparto.
[5440] Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar y económico. Si es posible, hablar en la primera consulta únicamente con la mujer. Valorar el grado de confianza y seguridad con su entorno. - Si existe una buena situación familiar, concienciar de la importancia de compartir sus sentimientos con su entorno. Por ejemplo hablar del parto con otras mujeres de la familia incrementa el sentimiento de pertenencia a la comunidad familiar, de formar parte del colectivo universal de madres. - Incluir a la pareja en los cuidados de la paciente y hacer ver y comprender por lo que ha pasado. Mantener una red de contacto con ellos para facilitar la detección de cambios del estado de ánimo o comportamiento en la mujer. - Animar a la paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias con personas que tengan los mismos intereses; conferencias de profesionales de la obstetricia y psicología, grupos de apoyo etc.

[00145] Riesgo de síndrome posttraumático

Definición: Susceptible de experimentar persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud.

➤ **Objetivo (NOC)**

NOC	INDICADORES DE RESULTADO
<p>➤ [1309] Resiliencia personal</p> <p><i>Definición: Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • [130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas • [130911] Verbaliza un sentido aumentado de control

➤ **[1205] Autoestima**

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

- [120508] Cumplimiento de los roles significativos personales
- [120511] Nivel de confianza

➤ **Intervenciones (NIC)**

NIC	ACTIVIDADES
[8340] Fomentar la resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la cohesión familiar y la comunicación. - Animar al paciente a que examine su propia conducta. Puede llevar un autorregistro de su conducta y sentimientos, que le ayudará a tomar conciencia de su estado y su evolución. - Ayudar al paciente a identificar sus progresos y proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional en sus logros. (16) - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
[5230] Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario para potenciar su autoestima. - Animar a que la paciente escriba sobre su parte y redacte una carta dirigida a los profesionales que la atendieron aunque luego no sea entregada. (16) - Proporcionar estrategias de afrontamiento positivas. <p>Se han observado buenos resultados de las psicoterapias habituales centradas en el trauma como son las técnicas de terapia cognitivo-conductual. En especial la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en estados de ansiedad avanzada. (7,24)</p>

EVALUACIÓN

Se realizará un seguimiento activo de la paciente, incluyendo como mínimo una consulta a la semana. A final de cada consulta se anotará la evolución de la paciente, puntuando los NOC establecidos para cada diagnóstico. Se finalizará el plan de cuidados una vez hayan remitido los síntomas de la paciente y haya dado la máxima puntuación en los indicadores de resultado.

En la práctica clínica actual no existen protocolos de detección ni criterios consensuados para la derivación hacia servicios de salud mental sin embargo si se observa que los síntomas se prolongan durante varias semanas, sin apreciar una mejora del afrontamiento de la mujer, habrá que valorarlo. (15) La persistencia de ciertos síntomas pueden ser indicativos de una depresión posparto o un TEPT. Hay que prestar especial atención a este último pues suele alcanzar su máxima expresión entre las cuatro y seis semanas tras el parto y sigue siendo un trastorno infradiagnosticado. (15,29) Podremos utilizar escalas de valoración como la de depresión posparto de Edinburgh (anexo 3) o el cuestionario de estrés postraumático perinatal (anexo 4). (29) Y valoraremos signos de aislamiento social, apatía con el personal sanitario, interés desmesurado por todo lo que rodea la atención al parto, persistencia de los recuerdos traumáticos así como otros criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (anexo 5). (15,24)

CONCLUSIÓN

En el puerperio son muchas las demandas del recién nacido, y en la madre aparecen inseguridades y preocupaciones sobre su capacidad para cumplir con las funciones maternales. Si a esto le añadimos la experiencia de un parto traumático la necesidad de ayuda profesional es de vital importancia. Las mujeres necesitan sentirse acompañadas y comprendidas. La matrona ante todo debe mostrar empatía y delicadeza, hay que crear un vínculo de confianza para que la mujer pueda expresar libremente sus sentimientos sin miedo a ser juzgada. Hay que entender la situación personal de cada mujer: si es primípara, valorar el apoyo social, el tipo de violencia obstétrica sufrida etc.

Es evidente que la mejor intervención para acabar con los partos traumáticos es la prevención. Para ello se necesita una formación adecuada de los profesionales en atención psicológica perinatal y herramientas para detectar los factores de riesgo personales que puedan desencadenar un TEPT en la mujer.

La complejidad para reconocer el cuadro clínico y la falta de escalas de valoración, específicas del posparto, dificulta su diagnóstico precoz.

El papel de la matrona de atención primaria durante el puerperio es esencial para mejorar el afrontamiento y prevenir que se agraven los síntomas, así como la creación de grupos de apoyo en los centros de salud donde las mujeres puedan desahogarse y compartir sus experiencias. Por último no debemos olvidar que esto conlleva un trabajo interdisciplinar y requiere de una planificación adecuada, con profesionales como fisioterapeutas y psicólogos, para lograr una recuperación integral de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olza Fernandez I. El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2011 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>
2. Olza Fernández I. Parir: el poder del parto. 1^a ed. Barcelona: Penguin Random House; 2017.
3. Rodríguez Almagro J, Hernández Martínez A, Rodríguez Almagro D, Quirós García JM, Martínez Galiano JM, Gómez Salgado J. Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(9): 1-13.
4. Beck CT. Birth trauma: In the eye of the beholder. *J Nurs Res.* 2004;53(1):28-35.
5. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 2010; 66(10): 2142-53.
6. Simpson M, Schmied V, Dickson C, Dahlen HG. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women Birth.* 2018; 31(5): 367-79.
7. The Birth Trauma Association. Supporting parents with birth trauma [Internet]. 2018 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.birthtraumaassociation.org.uk/for-health-professional/supporting-parents-with-birth-trauma>
8. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med.* 2015; 12(6).
9. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Heal Matters.* 2016; 24(47): 56-64.

10. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statements-childbirth/es/
11. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, nº38 668, (23 de abril de 2007).
12. Šimonović D. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica [Internet]. Organización de la Naciones Unidas; 2019 [citado 16 de marzo de 2020]. Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf
13. S.E.G.O. Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable [Internet]. Madrid: 2018 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>
14. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Lat Am Enferm. 2018; 26: 2-12.
15. Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Matronas Prof. 2007; 8(1): 12-9.
16. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. Midwifery. 2009; 25(2): 21-30.
17. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. C Med Psicosom. 2014; 11: 79-83.
18. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar

- Social; 2014 [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
19. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res.* 2008; 57(4): 228-36.
 20. Iglesias S, Conde M, Gonzalez S, Parada M. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas* [Internet]. 2019 [citado 11 de marzo de 2020]; 4(1): 77-97. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.5/28621>
 21. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res.* 2004; 53(4): 216-24.
 22. Olza Fernandez I. La importancia de los relatos de parto [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal; 2016 [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/la-importancia-de-los-relatos-de-parto/>
 23. National Institute for Health and Care Experience. Post-traumatic stress disorder [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
 24. Liguori N, Fernandez Lorenzo P. Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal; 2016 [citado 7 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>
 25. Rowan C, Bick D, Da Silva Bastos MH. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007; 4(2): 97-105.
 26. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet].

- Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2011 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS_SR.pdf
27. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2011 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
28. El Parto es Nuestro. ¿Cómo superar el parto que no esperabas? [Internet]. [citado 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/como-superar-el-parto-que-no-esperabas>
29. Hernández Martínez A, Rodríguez Almagro J, Molina Alarcón M, Infante Torres N, Donate Manzanares M, Martínez Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord.* 2019; 249: 143-50.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala LATCH

ANEXO 1

LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano

	0	1	2
L Latch. Coger	-Demasiado dormido - No se coge al pecho	- Repetidos intentos de cogerse - Mantiene pezón en la boca - Llega a succionar	-Agarra el pecho - Lengua debajo - Labios que ajustan - Succión ritmica
A Audible swallow-ing Deglución audible	- Ninguna	- Un poco si se le estimula.	- Espontáneo e intermitente si menor 24 h. de vida - Espontáneo y frecuente si más 24 h. de vida
T Type of Nipple. Tipo de pezón	- Invertidos	- Planos	- Evertidos tras estimulación
C Comfort. Como-didad, confort (pecho/pezón)	- Inurgüedad - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Discomfort, dolor severo	-Mamas llenas(cargadas) - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras - Discomfort, dolor medio o moderado	- Mamas blandas - No dolor
H Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Minima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesaria ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho.

Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2007; 17(3).

ANEXO 2: Test del vínculo posparto.

TEST DEL VÍNCULO EN EL POSPARTO (*Postpartum Bonding Questionnaire, Brockington et al. 2001*).

Traducido y Adaptado por Ll. García Esteve, P. Navarro, S. Diez.
Programa de Psiquiatría Perinatal Barcelona-CLINIC

Por favor indique con qué frecuencia le ocurre lo que se detalla a continuación.

No hay respuestas “buenas” o “malas”. Escoga la respuesta más adecuada a su experiencia reciente.

¿Cómo se siente respecto a su bebé?	Siempre	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Raramente	Nunca
1. Me siento cercana.						
2. Desearía que volvieran los días en que no lo tenía.						
3. Me siento distante.						
4. Me encanta abrazarlo.						
5. Lamento haberlo tenido.						
6. Siento como si no fuera mío.						
7. Siento que me toma el pelo.						
8. Lo quiero con locura.						
9. Me siento feliz cuando ríe.						
10. Me irrita.						
11. Disfruto jugando con él.						
12. Llora demasiado.						
13. Me siento atrapada como madre.						
14. Me siento enfadada con mi bebé.						
15. Siento resentimiento hacia él.						
16. Es el más guapo del mundo.						
17. Desearía que de alguna manera desapareciera.						
18. He hecho cosas que son perjudiciales para él.						
19. Me pone nerviosa.						
20. Me asusta.						
21. Me fastidia.						
22. Me siento segura cuando lo estoy cuidando.						
23. Siento que la única solución es que otra persona lo cuide.						
24. Tengo ganas de hacerle daño.						
25. Se consuela fácilmente.						

García Esteve Ll, Navarro P, Diez S. Programa de psiquiatría perinatal [Internet]. Barcelona: MARES; 2001 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.sociedadmarce.org/pdf/PBQespanol.pdf>

ANEXO 3: Escala de depresión posparto de Edinburgh

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Mucho menos que antes d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca b) Casi nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca b) Sólo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos; **b)** = 1 punto; **c)** = 2 puntos **d)** = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Rojas M, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento [Internet]. Gobierno de Chile; 2014 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazo y pospartofinal12032014.pdf>

ANEXO 4: Cuestionario de estrés postraumático perinatal

Appendix B: Versión Española Cuestionario de Trastorno por Stress Postraumático (Modificado PPQ)

-
1. ¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?
 2. ¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?
 3. ¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?
 4. ¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?
 5. ¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?
 6. ¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?
 7. ¿Noto menos interés en cosas con las que antes sí disfrutaba?
 8. ¿Me siento sola o distanciada de los demás?
 9. ¿Me ha resultado difícil sentir cariño o amor por los que me rodean?
 10. ¿Estoy teniendo dificultades para dormir?
 11. ¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?
 12. ¿Tengo dificultades para concentrarme a rafz del parto?
 13. ¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).
 14. ¿Me siento más culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?
-

* Notas: Respuesta y peso de las puntuaciones para cada pregunta: (0) nada; (1) una o dos veces; (2) a veces; (3) a menudo, pero menos de 1 mes; (4) A menudo, durante más de un mes. El análisis de componentes principales identificó los ítems 7, 8, 10 y 12 como el componente principal. El componente dos consistió en los ítems 2, 4, 5 y 14, mientras que los ítems 1, 3 y 13 corresponden con el componente tres. El rango clínico para madres de alto riesgo se establece en 19 o más puntos.

Hernández Martínez A, Rodríguez Almagro J, Molina Alarcón M, Infante Torres N, Donate Manzanares M, Martínez Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. J Affect Disord. 2019; 249: 143-50.

ANEXO 5: Trastorno de estrés postraumático (DSM-IV)

Tabla 1. Criterios diagnósticos establecidos en el «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM-IV)³. Trastorno de estrés postraumático

Aparece en personas expuestas a acontecimientos marcadamente angustiantes en los que ocurrieron daños graves o amenaza de la propia vida, provocando una respuesta intensa de miedo o indefensión. El suceso vivido no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana, pues la exposición a estresores comunes puede ser causa de estrés postraumático

Reexperimentación del evento

- Pesadillas
- Recuerdos intrusos
- Vivencias retrospectivas

Evitación conductual y cognitiva y embotamiento emocional

- Esfuerzos por evitar actividades y lugares
- Incapacidad para recordar detalles importantes del hecho
- Desinterés y desapego
- Restricción de la vida afectiva

Síntomas de hiperactividad

- Alteraciones del sueño
- Dificultad de concentración
- Ansiedad, irritabilidad o arrebatos de ira
- Hipervigilancia
- Episodios de sobresalto exagerado
- Complejo somático (palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración) cada vez que se recuerda el hecho desencadenante

Más de 1 mes de duración de la sintomatología

Malestar clínico significativo o deterioro en las áreas más importantes de actividad del individuo. Especificar:

- Agudo (menos de 3 meses)
- Crónico (más de 3 meses)
- Comienzo demorado (los síntomas se presentan después de 6 meses)

Otras características asociadas: culpa, fobias, disociación, aislamiento, hostilidad, conducta impulsiva autodestructiva, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza, sentimiento permanente de daño, pérdida de valores mantenidos, impresión de amenaza constante, imposibilidad de relacionarse con los demás o cambios en las características previas de la personalidad

Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Matronas Prof. 2007; 8(1): 12-9.