

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



**Trabajo de Fin de Grado en Enfermería
(PLANES ESTANDARIZADOS)**

DEPRESIÓN POSTPARTO

**Autor/a: Julia de Paz Lozano
Tutor/a: Mayte Soy Andrade
Convocatoria: Junio 2015**

ÍNDICE

ÍNDICE	1
1.- Resumen –Abstract	2
2.- Introducción	3
3.- Marco Teórico.....	4
3.1-Epidemiología	4
3.2 Etiología. Antecedentes/Factores de riesgo.....	4
3.3 Tipos de Depresión Postparto.....	5
3.4 Síntomas	6
3.5 Diagnóstico.....	6
3.6 Consecuencias	7
4.- Plan de cuidados y programa de salud.....	8
4.1 Justificación	8
4.2 Metodología.....	8
4.3 Objetivos.....	8
4.4 Población diana	8
4.5 Ámbito de actuación.....	9
5.- Desarrollo	10
5.1 Valoración y diagnóstico.....	10
5.2 Planificación de visitas y actividades.	28
5.3 Ejecución del plan de cuidados. Programa de salud.....	32
5.4 Seguimiento y evaluación.....	35
6.- Discusión.....	36
7.- Conclusiones.....	37
8.- Reflexión antropológica: <i>Sí a la vida</i>.....	38
9.- Bibliografía	40
10.- Anexos	42
11.- Glosario de términos	48

1.- Resumen -Abstract

La depresión postparto (DPP) es una patología psiquiátrica que afecta a entre un 10 y un 15% de la población en España ^(1, 2, 5), siendo un porcentaje que no puede pasar desapercibido. El objetivo del presente trabajo fin de grado es conseguir que las mujeres sepan definir e identificar este problema a través de educación para la salud, recibir tratamiento durante el proceso de la enfermedad, y lograr reconocimiento y apoyo tanto familiar como social, a la vez que se forma a profesionales y a la sociedad en cuanto a esta patología. Mediante un Plan de Cuidados se han identificado las necesidades humanas de las pacientes, propuesto objetivos y planteado una serie de intervenciones y actividades para dar respuesta a esta patología. En este estudio se utilizarán diferentes recursos y escalas para tratar la depresión postparto de una manera objetiva y profesional, sin olvidar el lado humano que forma parte intrínseca de la profesión enfermera. Así mismo se subrayará que pesar de ser de etiología desconocida, la depresión postparto tiene factores de riesgo a tener en cuenta para una detección precoz, evitando consecuencias más graves.

Palabras clave:

Depresión postparto, intervenciones, actividades, factores de riesgo, trabajo fin de grado.

Postpartum depression (PPD) is a psychiatric disorder that affects between 10 and 15% of the population in Spain, a percentage that cannot go unnoticed. The purpose of this final project is to get women to know to define and identify this problem through health education, receive treatment during illness, and achieve recognition and both family and social support; while it trains professionals and society in terms of this disorder. Through a Care Plan needs have been identified, proposed objectives and raised a number of interventions and activities to meet this disorder. In this study different resources and scales will be used to treat postpartum depression in an objective and professional manner, without forgetting the human side that is an intrinsic part of the nursing profession. Despite being of unknown etiology, postpartum depression has risk factors to be considered for early detection, avoiding more serious consequences.

Key words:

Postpartum depression, interventions, activities, risk factors, final project.

2.- Introducción

La definición de depresión postparto según la base de datos Medline ⁽⁴⁾: “Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.”

Así mismo según la definición de Fernández Mateos (España 2007) "La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o socio demográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento". ⁽¹¹⁾ Esta afirmación resume de una manera breve los puntos más destacables que abarca este trabajo de fin de grado: importancia de tal alteración en nuestros días, factores de riesgo, consecuencias, etc. para lo cual se ha documentado con una revisión bibliográfica, así como también con la participación de personas que han aportado su testimonio y experiencia de haber sufrido tal patología tras el parto de alguno de sus hijos.

3.- Marco Teórico

3.1-Epidemiología

Según varios estudios ^(1, 2, 5), la epidemiología de depresión postparto en España es del 10-15% es decir, que una de cada 10 mujeres padece este tipo de depresión tras dar a luz o en los meses posteriores, siendo la patología más común durante el puerperio. Así mismo la revista biomédica Medwave ⁽⁵⁾ también indica al respecto: “No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado”. Según otras fuentes, la depresión postparto puede llegar a afectar al 25% de las mujeres, según ha manifestado Gemma Candela, profesora de Psicología en la Universidad de Valencia. ⁽¹⁾

Además el estudio ESEMED (proyecto europeo sobre Epidemiología de los trastornos mentales) informa de que “la depresión en España afecta al 10% de la población, es decir, casi a 4 millones de ciudadanos; encontrándose en estado de depresión leve el 52% de los diagnosticados, en situación moderada el 36% y en grave el 11%. Por provincias, se recogen a modo de ejemplo los datos encontrados de Madrid: 200 a 240 mujeres por cada 100 hombres.” ⁽¹⁰⁾. Además, la depresión “es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. Mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral”, según un estudio de 2012 ⁽¹¹⁾.

3.2 Etiología. Antecedentes/Factores de riesgo

Entre las características físicas, psicológicas, sociales, culturales, etc. que se identifican como antecedentes predisponentes y factores de riesgo se encuentran los que se van a nombrar a continuación.

La causa con mayor peso en la etiología de la depresión postparto parecen ser los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones en estos niveles de hormonas en períodos clave de desequilibrio como el período premenstrual, postparto y climaterio. Por tanto, se sitúa la causa física como la mayor predisposición a la aparición de esta complicación del puerperio. Además, los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis. Según sostienen los artículos consultados ^(5, 8), estas modificaciones tienen repercusión en el estado de ánimo de las mujeres, pudiendo llegar a provocar depresión.

Siguiendo en la línea de relación entre hormonas y estados de ánimo, es sabido que los estrógenos tienen un carácter (indirectamente) antidepresivo. Esto es originado porque los estrógenos estimulan la producción de noradrenalina y separan el triptófano de la albúmina de los alimentos, a partir de la cual el cuerpo sintetiza serotonina. Los compuestos que consiguen aumentar la cantidad de neurotransmisores libres en las zonas de sinapsis logran un efecto antidepresivo ^(5, 9).

Otros factores que se han demostrado relevantes según los artículos revisados ^(1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12) y entrevistas facilitadas por pacientes (Anexos 3 y 4) son los factores psicológicos, influenciados también por componentes sociales, culturales, antecedentes personales, etc.

Así mismo existen situaciones sociales que pueden favorecer una respuesta negativa en la nueva madre al producir un estrés añadido en esta época de aumento de responsabilidades entre las que se encuentran la reciente condición de la mujer que debe compatibilizar esta nueva etapa de su vida con el trabajo ⁽⁵⁾, el aumento de demandas del bebé que no siempre van a la par con la ayuda que nos pueda ofrecer la pareja o familia, y el encontrarse sola en casa mientras la pareja trabaja, sintiéndose sin apoyo o protección. Además las estadísticas se ven influenciadas si la paciente ha padecido depresión previa o tiene antecedentes familiares de depresión. En este sentido si a la depresión postparto le añadimos el aliciente psicológico de haber padecido depresión anterior, las probabilidades aumentan pues según estudios publicados: “haber padecido episodios de depresión previa incrementa la incidencia un 10 -24%. Si la depresión se da durante el embarazo, el riesgo aumenta a 35%., y si existen precedentes de depresión postparto, el valor se dispara hasta el 50%.” ⁽¹⁰⁾ También, cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión postparto en embarazo anterior, aumenta en un 25% el riesgo de padecer de nuevo otra depresión en partos posteriores. ⁽¹²⁾

Finalmente, es factor de riesgo las características del propio embarazo, como la morbilidad materna o fetal en ese mismo embarazo o en anteriores, abortos previos, embarazos múltiples, incluso si el parto es por cesárea o vaginal ⁽¹⁰⁾, ya que el cuerpo pasa por el proceso normal de adaptarse al cambio hormonalmente, y no de manera brusca. Así mismo según algunos estudios, la depresión postparto también es más frecuente en primíparas, especialmente si son adolescente ^(5, 7, 10).

3.3 Tipos de Depresión Postparto

Según su intensidad, la depresión postparto (DPP) se puede clasificar en tres modalidades ^(2,11):

- Depresión leve, también conocida como tristeza o melancolía postparto o *Baby Blues* que es la más común y puede persistir hasta 2 semanas presentándose en un 80% de las madres después del parto.
- Depresión moderada, que puede durar hasta 2 años.

- Depresión intensa o psicosis puerperal, que es el caso más severo puesto que la madre experimenta una pérdida de la percepción de la realidad durante largos períodos de tiempo. Así mismo, es la modalidad más peligrosa, ya que pueden sufrir graves consecuencias tanto ella como el propio bebé.

3.4 Síntomas

Según Teresa Lartigue, (México 2008) la depresión postparto “puede iniciarse en la tercera y cuarta semana post parto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post natal.”⁽¹¹⁾ Los síntomas dependerán de la intensidad de la depresión siendo los más comunes según la citada autora: tristeza, pesimismo, inseguridad, sentimientos de autorreproche, impotencia, desbordamiento o incapacidad ante la nueva situación, que le hacen padecer y afligirse, incluso es común entrar en un estado de ansiedad. La madre se siente irritable y sensible, de llanto fácil expresando tales emociones la mayor de las veces con el núcleo familiar (con su pareja especialmente). Además se siente cansada y con necesidad de quedarse en la cama durante varias horas, inapetente, apática e incluso en ocasiones surge un deseo intenso de comer en exceso (sobretudo, dulces) o, por el contrario, de dejar de hacerlo y perder peso. También puede presentar insomnio^(5,11, 12), encontrando así momentos de estrés y ansiedad, y momentos de desgana general, típicos de una depresión.

3.5 Diagnóstico

Como ocurre en otras depresiones, el diagnóstico es difícil de obtener. Suele ser a través de unos síntomas notorios que denotan la necesidad de un tratamiento que ponga remedio a la situación. A menudo, son los familiares quienes instan a la madre a acudir a la consulta del médico en busca de ayuda, porque notan un cambio en el comportamiento de la madre, limitaciones en rutinas cotidianas y cambios muy fuertes de humor, predominando los sentimientos de tristeza y apatía, aunque otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda.

El diagnóstico lo realiza un médico tras haber realizado una serie de preguntas en la entrevista, que ayudarán a determinar el tipo de depresión, y a afinar en el tratamiento más adecuado.

En el caso de la depresión postparto, es especialmente importante realizar una correcta educación sanitaria sobre esta complicación postparto, para lo cual se valorarán las características personales, antecedentes, factores de riesgo de la paciente y se mantendrá informada tanto a la paciente como a los familiares de los cambios que se

van a suceder en su cuerpo y mente con el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, se indicará cómo detectarlo, a quién acudir, alternativas y pronósticos.⁽¹³⁾

Durante la entrevista, se podrán utilizar como apoyo diferentes herramientas que puedan servir de ayuda en el diagnóstico, destacando la Escala de Edimburgo específica de depresión postparto. (Anexo 1).

Con todo, no se debe olvidar la vulnerabilidad de la madre con depresión postparto, pues es muy difícil para ella asumir que el nacimiento de un hijo, enraizado socialmente como el momento más feliz de la vida de una mujer, traiga pensamientos negativos y tristes así como necesidad de ayuda y apoyo.

3.6 Consecuencias

De forma ocasional, pueden aparecer sentimientos negativos hacia el bebé e incluso, cuando la depresión es grave, se han dado casos de pensamientos de futilidad, de no tener ganas de vivir, llegando a la conclusión de que lo mejor sería que ambos murieran, ya que no merece la pena traer a un hijo al mundo para sufrir por la incompetencia de su madre. Así mismo, existen tristes casos de infanticidio, más comunes en mujeres con algún tipo de psicosis añadida y no sólo la depresión.⁽¹²⁾

Por lo tanto, también se tendrá en cuenta la advertencia general de que las personas deprimidas son más vulnerables a un abuso de sustancias como antidepresivos, drogas o alcohol y tendrán más problemas sociales que en este caso incluiría la desatención del recién nacido.⁽¹³⁾

4.- Plan de cuidados y programa de salud

4.1 Justificación

El importante porcentaje de riesgo y prevalencia de la depresión post parto, ponen de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral de la mujer que sufre esta complicación tras el parto mediante un programa de salud específico a los habituales programas de puerperio.

4.2 Metodología

La metodología que se va a emplear se basa en un Plan de Atención de Enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE), donde se valorará a la paciente, según los patrones funcionales de Marjorie Gordon a partir de lo cual se definirán los objetivos a conseguir y se elaborará un Plan de Cuidados estandarizado.

4.3 Objetivos

- Promocionar la atención de la mujer embarazada para identificar los factores de riesgo de la depresión post parto y prevenir en su caso las complicaciones de la misma.
- Tratar adecuadamente a la paciente con depresión postparto, llevando a cabo los cuidados individualizados que se establecen en el Plan de Atención de Enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE).
- Normalizar el entorno familiar de la madre para conciliar la acogida del bebé en casa con la demanda de cuidados y convivencia.
- Educar a la población en general acerca de la depresión postparto para sensibilizar su apoyo y comprensión en los casos ya instaurados.

4.4 Población diana

La población diana serán aquellas mujeres y familias que se encuentren afectadas por algún factor de riesgo, o varios de ellos. Como ya se ha mencionado anteriormente, se

comenzará por mujeres adolescentes con antecedentes de depresión previa, especialmente si se ha tratado de depresión postparto en embarazos anteriores.

4.5 Ámbito de actuación

El ámbito de actuación será a nivel local, en el Centro de Salud. Mediante un programa de difusión y propaganda, se comunicará la existencia de un programa para educar a la población general, para madres y familias en riesgo de padecer depresión postparto, y para mujeres que ya la padezcan.

5.- Desarrollo

Se comenzará valorando a una paciente a través de 10 de los patrones funcionales para continuar con su diagnóstico enfermero en el que se incluyen características definitorias y/o factores relacionados. Se expresarán los NOC (*Nursing Outcomes Classification*) u objetivos elegidos y los indicadores para medir su cumplimiento. Para finalizar, se describirán las intervenciones o NIC (*Nursing Interventions Classification*) para llevar a cabo cada objetivo, a través de una serie de actividades escogidas cuidadosamente.

Con el Plan de Cuidados realizado, se planificarán las actividades en un cronograma de visitas y se realizará la evaluación de este Proceso de Atención de Enfermería (PAE) conforme las etapas que incluye:

1. Valoración y diagnóstico
2. Planificación
3. Ejecución
4. Seguimiento y evaluación

5.1 Valoración y diagnóstico

Patrón 1 – Percepción de la Salud - Manejo de la Salud

- Diagnóstico enfermero

Mantenimiento inefectivo de la salud, relacionado con afrontamiento familiar inefectivo, afrontamiento individual ineficaz, falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos, falta de logro de las tareas del desarrollo y falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación, manifestado por falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos.

- Diagnóstico NANDA

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud

- Características definitorias: Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos.
- Factores relacionados:
 - ✓ Afrontamiento familiar inefectivo
 - ✓ Afrontamiento individual ineficaz
 - ✓ Falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos
 - ✓ Falta de logro de las tareas del desarrollo

- ✓ Falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación (escrita, verbal o por gestos)

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

0313 - Nivel de Autocuidado. Puntuación actual: 3; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

031310 - Realiza tareas domésticas, Valor Escala: 3 - Moderadamente comprometido.

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

4480 - Facilitar la autorresponsabilidad

- Actividades

448001 - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

448007 - Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad.

448016 - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

448017 - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

448018 - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

2. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1504 - Soporte social. Puntuación actual: 1; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 7 días.

- Indicadores

150402 - Refiere dedicación de tiempo de otras personas, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150405 - Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150406 - Refiere relaciones de confianza, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150407 - Refiere la existencia de personas que pueden ayudarla cuando lo necesita, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150408 - Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas, Valor Escala: 1 - Inadecuado

150412 - Refiere ayuda ofrecida por los demás, Valor Escala: 1 – Inadecuado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5370 - Potenciación de roles.

▪ Actividades

537001 - Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

537011 - Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre / madre para cumplir con un rol.

537012 - Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.

537015 - Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5430 - Grupo de apoyo.

▪ Actividades

543004 - Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y se su líder.

543006 - Crear una atmósfera relajada y de aceptación.

543014 - Fomentar la expresión de ayudas mutuas.

543029 - Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.

c) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5440 - Aumentar los sistemas de apoyo.

▪ Actividades

544004 - Determinar el grado de apoyo familiar.

544009 - Explicar a los demás implicados la manera en que puedan ayudar.

544011 - Implicar a la familia / seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación.

544012 - Observar la situación familiar actual.

544013 - Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

d) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

7140 - Apoyo a la familia.

▪ Actividades

714001 - Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

714012 - Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.

714036 - Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.

3. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1602 - Conducta de fomento de la salud. Puntuación actual: 3; Puntuación diana: 5;
Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

160201 - Utiliza conductas para evitar los riesgos, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160203 - Supervisa los riesgos de la conducta personal, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160204 - Busca un equilibrio entre ejercicio, ocio, descanso y nutrición, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160205 - Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés, Valor Escala: 1 - Nunca demostrado

160206 - Conserva relaciones sociales satisfactorias, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160207 - realiza los hábitos sanitarios correctamente, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160210 - Utiliza el apoyo social para fomentar la salud, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160214 - Sigue una dieta sana, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

160216 - Utiliza un programa de ejercicios eficaz, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0180 - Manejo de la energía.

- Actividades

018008 - Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.

018020 - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.

018027 - Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0200 - Fomento del ejercicio.

- Actividades

020004 - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

020016 - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.

c) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5510 - Educación sanitaria.

- Actividades

551002 - Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

551014 - Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

551021 - Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

551027 - Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

d) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

6520 - Análisis de la situación sanitaria.

- Actividades

652006 - Disponer intimidad y confidencialidad.

652012 - Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno.

e) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

6610 - Identificación de riesgos.

- Actividades

661003 - Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.

661005 - Determinar el nivel de instrucción del paciente.

661006 - Determinar la presencia / ausencia de necesidades vitales básicas.

661007 - Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

f) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

8100 – Derivación.

- Actividades

810011 - Establecer los cuidados necesarios.

810013 - Evaluar las virtudes y debilidades de la familia / seres queridos en la responsabilidad de los cuidados.

810016 - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la remisión.

Patrón 2 Patrón Nutricional – Metabólico

- Diagnóstico enfermero

Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por comer en respuesta a claves internas distintas al hambre y sedentarismo.

- Diagnóstico NANDA

00001 - Desequilibrio nutricional por exceso.

- Características definatorias:

- ✓ Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad)
- ✓ Sedentarismo

- Factores relacionados: Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1004 - Estado nutricional. Puntuación actual: 4; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

100402 - Ingestión alimentaria, Valor Escala: 4 - Desviación leve del rango normal

100403 - Energía, Valor Escala: 2 - Desviación sustancial de rango normal

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

1100 - Manejo de la nutrición

▪ Actividades

110001 - Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.

110009 - Determinar las preferencias de comidas del paciente.

110020 - Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5614 - Enseñanza: dieta prescrita

▪ Actividades

561401 - Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.

561403 - Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser queridos acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.

561406 - Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

561409 - Explicar el propósito de la dieta.

561415 - Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.

• Diagnóstico enfermero

Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con factores psicológicos, manifestado por falta de interés en los alimentos.

• Diagnóstico NANDA

00002 - Desequilibrio nutricional por defecto

- Características definitorias: Falta de interés en los alimentos.
- Factores relacionados: Factores psicológicos.

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1004 - Estado nutricional. Puntuación actual: 4; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

100402 - Ingestión alimentaria, Valor Escala: 4 - Desviación leve del rango normal

100403 - Energía, Valor Escala: 2 - Desviación sustancial de rango normal

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

1100 - Manejo de la nutrición

▪ Actividades

110001 - Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.

110009 - Determinar las preferencias de comidas del paciente.

110020 - Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5614 - Enseñanza: dieta prescrita

▪ Actividades

561401 - Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.

561403 - Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser queridos acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.

561406 - Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

561409 - Explicar el propósito de la dieta.

561415 - Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.

Patrón 3 Eliminación

No alterado por definición. Se estudiará de manera particular, atendiendo a las características individuales de cada mujer, y se tomarán medidas al respecto. Así, se

obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo, eficaz y adaptado a cada una de las pacientes.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio

- Diagnóstico enfermero

Intolerancia a la actividad, relacionado con estilo de vida sedentario, manifestado por informes verbales de debilidad.

- Diagnóstico NANDA

00092 - Intolerancia a la actividad

- Características definitorias: Informes verbales de debilidad.
- Factores relacionados: Estilo de vida sedentario.

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

0002 - Conservación de la energía. Puntuación actual: 2; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

000207 - Nivel de resistencia adecuado para la actividad, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado.

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0180 - Manejo de la energía.

- Actividades

018008 - Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.

018020 - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.

018027 - Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0200 - Fomento del ejercicio.

- Actividades

020004 - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

020016 - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.

Patrón 5 Patrón Sueño – Descanso

- Diagnóstico enfermero

Insomnio, relacionado con ansiedad, cambios hormonales relacionados con el sexo, depresión, deterioro del patrón normal, estrés y patrón de actividad, manifestado por observación de cambios de la emotividad y observación de falta de energía

- Diagnóstico NANDA

00095 – Insomnio.

- Características definitorias:

- ✓ Observación de cambios de la emotividad
- ✓ Observación de falta de energía

- Factores relacionados:

- ✓ Ansiedad
- ✓ Depresión
- ✓ Cambios hormonales relacionados con el sexo
- ✓ Deterioro del patrón normal (p, ej., viaje, cambio de trabajo, responsabilidades parentales, interrupciones por intervenciones)
- ✓ Estrés (p, ej., patrón presueño meditado)
- ✓ Patrón de actividad (p, ej., tiempo, cantidad)

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

2002 - Bienestar personal. Puntuación actual: 2; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

200201 - Satisfacción con las actividades de la vida diaria, Valor Escala: 1 - No del todo satisfecho

200202 - Satisfacción con el funcionamiento psicológico, Valor Escala: 2 - Algo satisfecho

200203 - Satisfacción con la interacción social, Valor Escala: 1 - No del todo satisfecho

200207 - Satisfacción con la capacidad de superación, Valor Escala: 1 - No del todo satisfecho

200209 - Satisfacción con el nivel de felicidad, Valor Escala: 2 - Algo satisfecho

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0180 - Manejo de la energía.

▪ Actividades

018008 - Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.

018020 - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.

018027 - Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

0200 - Fomento del ejercicio.

▪ Actividades

020004 - Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

020016 - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.

c) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5230 - Aumentar el afrontamiento.

▪ Actividades

523002 - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

523005 - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

523007 - Animar al paciente a desarrollar relaciones.

523009 - Animar al paciente al identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

d) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5270 - Apoyo emocional

▪ Actividades

527001 - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

527002 - Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

527004 - Comentar la experiencia emocional con el paciente.

527006 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

527007 - Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

527008 - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

527013 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

527014 - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Patrón 6 Patrón Cognitivo – Perceptual

No alterado por definición. Se estudiará de manera particular, atendiendo a las características individuales de cada mujer, y se tomarán medidas al respecto. Así, se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo, eficaz y adaptado a cada una de las pacientes.

Patrón 7 Patrón Autopercepción - Autoconcepto

- Diagnóstico enfermero

Ansiedad, relacionado con cambio en: rol, estado de salud, los patrones de interacción, funciones del rol, entorno y situación económica y estrés, manifestado por angustia, disminución de la habilidad para solucionar problemas, irritabilidad, miedo de consecuencias inespecíficas, preocupación creciente y temor.

- Diagnóstico NANDA

00146 – Ansiedad.

- Características definatorias:

- ✓ Angustia
- ✓ Disminución de la habilidad para solucionar problemas
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Miedo de consecuencias inespecíficas
- ✓ Preocupación creciente
- ✓ Temor

- Factores relacionados:

- ✓ Cambio en: rol, estado de salud, los patrones de interacción, funciones del rol, entorno y situación económica.
- ✓ Estrés

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

0313 - Nivel de Autocuidado. Puntuación actual: 4; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

121108 - Irritabilidad, Valor Escala: 2 - Sustancial

121114 - Dificultades para resolver problemas, Valor Escala: 2 - Sustancial

121118 - Preocupación exagerada por eventos vitales, Valor Escala: 2 - Sustancial

121128 - Abandono, Valor Escala: 2 - Sustancial

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

4920 - Escucha activa

▪ Actividades

492011 - Favorecer la expresión de sentimientos.

492012 - Identificar los temas predominantes.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5270 - Apoyo emocional

▪ Actividades

527001 - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

527002 - Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

527004 - Comentar la experiencia emocional con el paciente.

527006 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

527007 - Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

527008 - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

527013 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

527014 - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

c) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

4480 - Facilitar la autorresponsabilidad

▪ Actividades

448001 - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

448007 - Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad.

448016 - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

448017 - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

448018 - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

2. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1300 - Aceptación: estado de salud. Puntuación actual: 2; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

130017 - Se adapta al cambio en el estado de salud, Valor Escala: 1 - Nunca demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5310 - Dar esperanza.

▪ Actividades

531001 - Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.

531009 - Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.

531015 - Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5400 - Potenciación de la autoestima.

▪ Actividades

540003 - Animar al paciente a identificar sus virtudes.

540004 - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

540005 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

540009 - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

540017 - Explorar las razones de la autocrítica o culpa.

Patrón 8 Patrón Rol – Relaciones

- Diagnóstico enfermero

Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño, relacionado con ansiedad asociada al rol parental.

- Diagnóstico NANDA

00058 - Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.

- Características definitorias: No tiene por ser diagnóstico de riesgo.
- Factores relacionados: Ansiedad asociada al rol parental

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1500 - Lazos afectivos padre-hijo. Puntuación actual: 1; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

150004 - Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

150005 - Los padres mantienen al lactante cerca de ellos, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

150013 - Los padres sonríen y hablan al lactante, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

6710 - Fomentar el acercamiento

▪ Actividades

540003 - Animar al paciente a identificar sus virtudes.

540004 - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5820 - Disminución de la ansiedad

▪ Actividades

582004 - Animar a los pacientes a permanecer con el niño, si es el caso.

582005 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

582007 - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

582012 - Escuchar con atención.

582013 - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

2. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

2211 - Ejecución del rol de padres. Puntuación actual: 3; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

221108 - Utiliza los recursos sociales y otros de forma apropiada, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

221114 - Interacciona de forma positiva con el niño, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

221119 - Expresa satisfacción con el rol de padre, Valor Escala: 1 - Nunca demostrado

221123 - Proporciona una estructura familiar para el niño, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

4480 - Facilitar la autorresponsabilidad

▪ Actividades

448001 - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

448007 - ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría asumir fácilmente, más responsabilidad.

448016 - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

448017 - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

448018 - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

b) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5568 - Educación paterna: niño

▪ Actividades

537001 - Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

537011 - Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre / madre para cumplir con un rol.

537012 - Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.

551014 - Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

018027 - Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

Patrón 9 Patrón Sexualidad

No alterado por definición. Se estudiará de manera particular, atendiendo a las características individuales de cada mujer, y se tomarán medidas al respecto. Así, se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo, eficaz y adaptado a cada una de las pacientes.

Patrón 10 - Patrón de Adaptación - Tolerancia al estrés

- Diagnóstico enfermero

Afrontamiento inefectivo, relacionado con crisis situacionales, manifestado por expresiones de incapacidad para afrontar la situación.

- Diagnóstico NANDA

00069 - Afrontamiento inefectivo

- Características definitorias: Expresiones de incapacidad para afrontar la situación.
- Factores relacionados: Crisis situacionales.

1. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1302 - Afrontamiento de problemas. Puntuación actual: 1; Puntuación diana: 4; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

130208 - Se adapta a los cambios en desarrollo, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

130211 - Identifica múltiples estrategias de superación, Valor Escala: 1 - Nunca demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5820 - Disminución de la ansiedad

▪ Actividades

582004 - Animar a los pacientes a permanecer con el niño, si es el caso.

582005 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

582007 - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

582012 - Escuchar con atención.

582013 - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

2. Resultado NOC (Nursing Outcomes Classification)

1305 - Adaptación psicosocial: cambio de vida. Puntuación actual: 1; Puntuación diana: 5; Tiempo Previsto: 30 días.

- Indicadores

130502 - Mantenimiento de la autoestima, Valor Escala: 2 - Raramente demostrado

a) Resultado NIC (Nursing Interventions Classification)

5230 - Aumentar el afrontamiento.

▪ Actividades

523002 - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

523005 - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

523007 - Animar al paciente a desarrollar relaciones.

523009 - Animar al paciente al identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Patrón 11 Patrón Valores - Creencias

No alterado por definición. Se estudiará de manera particular, atendiendo a las características individuales de cada mujer, y se tomarán medidas al respecto. Así, se obtendrá un Plan de Cuidados de Enfermería completo, eficaz y adaptado a cada una de las pacientes.

5.2 Planificación de visitas y actividades.

Se realizará una programación y cronograma con las visitas necesarias para tratar los cuidados que precise la paciente (Anexo 2). En este caso, se planificarán 4 visitas durante un mes, de modo que se cite a la madre una vez cada semana. Serán sesiones de una hora de duración. No obstante, en cada sesión, se estudiará si el tiempo se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, y se ajustará el tiempo y frecuencia de estas citas.

La primera sesión se centrará en conocer a nuestra paciente, y en valorar sus necesidades personales. Se tendrán en cuenta su entorno y familia (situación y circunstancias personales). En la segunda reunión, se dará importancia a los estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, etc.), atenderemos las necesidades también de la familia y empezaremos a tratar el afrontamiento a problemas de nuestra paciente. La tercera semana, se profundizará en la parte psicológica de la depresión postparto: lazos afectivos, roles de los padres y educación sanitaria. La cuarta sesión será para fijar conceptos, evaluar los cuidados y valorar si dar el alta o derivar a especialistas.

A continuación se detallan los datos relevantes de cada visita, puntos a tratar y NIC que realizar:

PRIMERA VISITA

Valorar a la madre, cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Este es el momento de valorar a la paciente en busca de posibles complicaciones mayores, como una enfermedad de base (patologías anteriores a la depresión postparto). Se deben localizar los riesgos reales y potenciales desde esta primera visita. También se preguntará a la madre qué espera de estas sesiones, lo que nos acercará más a sus necesidades y requerimientos personales.

Se potenciará la escucha activa, permitiendo a la paciente expresar sus sentimientos, miedos y dudas. Así, se entenderá mejor su situación individual y se irán enfocando los cuidados hacia donde diagnostiquemos necesidades más prioritarias. Se valorará el nivel de ansiedad, dando apoyo emocional y creando un ambiente cercano y de confianza. Sobre todo nos presentaremos como la ayuda que necesita para mejorar su estado de salud: daremos esperanza a través de nuestras palabras y lenguaje no verbal.

Otras actividades también de la primera visita: Revisión del ambiente y roles en el hogar, estado familiar, preguntar antecedentes de interés o episodios previos de depresión (en ella o en la familia), valorar necesidades de la propia familia, así como nivel de colaboración, posibilidades y posición que toman ante la madre y su recién nacido.

Es importante valorar al bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signo de abandono. En principio, la familia se habrá podido hacer cargo del recién nacido y estarán prestando los cuidados de manera adecuada, supliendo a su madre. En caso contrario, lo derivaremos automáticamente a un especialista para que lo examine a fondo y estudiaremos si necesita asistencia de los servicios sociales. Nos centraremos en la depresión postparto de la madre.

Se dará también esperanza apoyándonos en soportes sociales que se le mostrarán a la madre y familiares. Haremos una básica educación para la salud en esta primera sesión, centrándonos en el apoyo que debe recibir de su entorno más próximo: núcleo familiar. Más adelante, se recurrirá a terapias comunitarias más amplias.

La sesión finalizará dando un espacio a la paciente para dudas y percepción de la primera sesión, a modo de una pequeña evaluación verbal, no formal.

Nos despediremos dando ánimos y esperanza una vez más, potenciando su autoestima, transmitiendo tranquilidad y positividad.

SEGUNDA VISITA

Evaluar actividades del día anterior: evaluar posibles mejoras de los patrones alterados, reacciones de la paciente y de la familia, nivel de entendimiento, compromiso del resto de la paciente y familia. Valorar el estado del soporte social que recibe nuestra paciente.

Realizar todas las medidas básicas del día anterior, ya descritas, como cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales. Se volverán a revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones.

Igualmente, se dejará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se identificará entonces su nivel de ansiedad y afrontamiento. Se mantendrá un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Valorar cómo afronta la familia esta situación. Ofrecer resolver sus dudas y servirles de ayuda. Guiarles y enseñarles los cuidados necesarios para la madre. Mostrar otros soportes (detallados como objetivo NOC) donde encontrar ayuda si están interesados. Tratar con la familia el tema de la situación en casa, y fomentar oportunidades de convivencia para expresar sus sentimientos con un clima agradable, abierto y de apoyo.

En esta sesión se empezarán a trabajar otros NIC centrados en el estado físico de la madre, como conducta de fomento de salud, manejo de energía, fomento del ejercicio, conservación de energía, y enseñanza de la dieta prescrita (si la necesitase). Nos introducirán hacia estilos de vida más saludables y a encontrar más fácilmente la positividad a través del ejercicio y la actividad física. Se propondrán rutinas básicas, aumentando así también la responsabilidad y compromiso de la paciente.

Se profundizará también en el afrontamiento inefectivo de la madre a través de NIC como aumentar el afrontamiento y disminuir su ansiedad. Para ello, se permitirá a la paciente expresarse en diferentes temas guiados sobre ella misma y su situación: puntos fuertes y débiles, nuevos desafíos, posibilidades, puntos de apoyo, virtudes... y estableceremos objetivos realistas para la madre.

Se escucharán todas sus dudas y nivel de satisfacción de la sesión, y en general, de su progreso con nosotros. Nos despediremos dando ánimos y esperanza de manera positiva y cordial.

TERCERA VISITA

Evaluar actividades del día anterior. Realizar todas las medidas básicas ya descritas el primer día de visita. Se volverán a vigilar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones. Se dará espacio a la madre para que exprese sus inquietudes. Se evaluará de nuevo su nivel de ansiedad y afrontamiento. Mantendremos un clima de confianza, apoyo y escucha activa.

Esta tercera sesión es la más importante: después de haber dedicado la primera a conocer el caso particular de la madre, y la segunda sesión a potenciar unos estilos de vida saludables tanto físicos (ejercicio, dieta, etc.) como psicológicos (afrontamiento de problemas, fomentar la autorresponsabilidad, etc.), y contando ya con la familia como elemento básico de apoyo, llegamos a la tercera reunión dispuestos a ahondar en el problema de la depresión postparto. Se trabajarán como objetivos los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de los padres (especialmente de la madre, claro).

Como en cada sesión, se brindará la oportunidad de compartir con la madre las dudas que le puedan haber surgido en esta sesión o a lo largo de la semana. Escucharemos el nivel de satisfacción de la sesión y se hará hincapié en la importancia de los conocimientos adquiridos ese día. Se debe seguir motivando cada semana para aumentar su compromiso, interés y agrado en estas sesiones.

CUARTA VISITA

Evaluación global del Proceso de Atención de Enfermería. Para ello, se dejará a la paciente total libertad para que exprese su nivel de satisfacción con el contenido, el/la ponente, entorno, períodos de tiempo, etc. Si se observa poca fluidez de la evaluación, se podrá hacerlo más guiado o incluso tipo formulario (respuestas de SI/NO o valorar con una escala numerada). Se adjunta posible cuestionario en Anexo 3. Se insistirá a que manifieste aspectos a mejorar del trabajo que hayan realizado los profesionales que han llevado las sesiones, para poder evitar errores y potenciar mejoras con otras pacientes.

Se valorarán los cuidados prestados, y su progreso desde la primera sesión. Se utilizarán los indicadores para saber el nivel de cumplimiento de los objetivos o NOC seleccionados.

Se terminará fijando conceptos (educación sanitaria que hayamos visto, nada nuevo) y comprobando con un feedback si los ha entendido y/o realizado. Servirá de repaso y nos ayudará a transmitir la importancia de continuar el cumplimiento en un futuro, aunque ya no venga a más sesiones, es decir, seguir con los cuidados ella misma.

Es importante que queden expuestos otros recursos alternativos a los que recurrir, como búsqueda de apoyo social, comunitario, familiar... una vez hayan finalizado los cuidados con nosotros. Es decir, *abrir siempre una puerta al cerrar otra*.

En esta cuarta y última sesión se tendrá que valorar si dar el alta a la madre o derivar a un especialista que le siga ayudando a solventar las necesidades que denote.

En la siguiente tabla se refleja de manera más visual los objetivos o *Nursing Outcomes Classification* (NOC), y cómo se irán trabajando a lo largo de las visitas. Las cruces (x) significan que se están elaborando los cuidados referentes a esos objetivos. La palabra “Alta” indica que se prevé que para esa sesión, el objetivo en cuestión se haya logrado. Todo dependerá de multitud de factores, como los propios intereses de la paciente, sus necesidades más primordiales, su capacidad de respuesta a los cuidados, etc.

<i>NOC trabajados</i>	<i>Vis.1</i>	<i>Vis. 2</i>	<i>Vis. 3</i>	<i>Vis. 4</i>
1211 Nivel de ansiedad	x	Alta		
1504 Soporte social	x	x	x	Alta
0313 Nivel de autocuidado	x	Alta		
1004 Estado nutricional	x	Alta		
2002 Bienestar personal	x	Alta		
1302 Afrontamiento de problemas	x	x	Alta	
1602 Conducta de fomento de la salud		x	Alta	
0002 Conservación de la energía		x	Alta	
1300 Aceptación del estado de salud		x	Alta	
1500 Lazos afectivos entre padres e hijo			x	Alta
2211 Ejecución de rol de padres			x	Alta

5.3 Ejecución del plan de cuidados. Programa de salud

Esta etapa consiste en la realización de las intervenciones de enfermería que se han ideado durante la planificación anteriormente descrita del **Plan de Cuidados**, y tiene las siguientes fases:

- Preparación para la acción.
- Realización de las actividades.
- Registro de los cuidados realizados.

Las intervenciones propuestas para este proceso enfermero deben aplicarse durante el mes que está citada la paciente, durante nuestras sesiones, aunque se puedan seguir aplicando tras el alta y siempre y cuando la madre lo necesite. Ejemplos de estos objetivos a trabajar durante las sesiones y posteriormente son *soporte social* o *lazos afectivos madre-hijo*. De esta manera hacemos también educación sanitaria continuada y prolongada en el tiempo, y se está dando solución (o incluso evitando) a futuros problemas que surjan.

PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN

Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica de la patología de la paciente y haber estudiado acerca de su problema de salud, se ha procedido a elaborar una valoración por patrones de Marjory Gordon para detectar las alteraciones a las que se enfrenta la madre con depresión postparto, su bebé y la familia; y que se deben frenar o atenuar progresivamente hasta solventarlos de manera definitiva. Una vez detectadas estas alteraciones, se han emitido unos diagnósticos enfermeros - NANDA para dar una respuesta eficaz, personalizada y adaptada a nuestra paciente en particular. Con los diagnósticos es sencillo detallar unos objetivos o NOC para su cuidado, que mediremos con indicadores específicos para cada resultado. Estos NOC los realizaremos a través de intervenciones o NIC. El último paso consiste en valorar y escoger actividades que lleven a lograr las intervenciones seleccionadas.

Tras esta planificación de las necesidades hasta llegar a las actividades para solucionarlos, para la preparación de las actividades de este proceso enfermero sólo queda establecer el material, recursos y fechas que dispondremos.

En este caso, este proceso enfermero se llevará a cabo en un Centro de Atención Primaria, en la consulta de enfermería, sirviéndonos de nosotros mismos (personal de enfermería) como recursos humanos, de los propios recursos del Centro de Salud (como material de oficina, inmobiliario, etc.), y de la paciente, además de su bebé y su familia en determinados momentos. Se pedirán igualmente ayudas a Ayuntamientos,

Asociaciones (como la Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión o ANAED), etc. en busca de subvenciones, patrocinadores y publicidad.

Estas actividades escogidas a través de las intervenciones seleccionadas, se logran con la observación, comprensión y empatía, desde un ambiente cálido, cercano y de confianza. Debe ser imprescindible tenerlo en todo momento en cuenta. Se propondrá este tipo de formación a distintos profesionales si fuera preciso.

La captación se hará aprovechando las visitas de las futuras madres a los cursos de preparación al parto, o en las consultas de obstetricia. Dependiendo de los permisos que recibamos de la Dirección del propio centro, será más o menos intensa la propaganda: carteles, trípticos, cartas por correo postal, etc. En el Anexo 6 se puede consultar el modelo propuesto para los carteles y demás formatos para la publicidad de las sesiones.

Se pretende conseguir un diagnóstico precoz de madres con alto riesgo de depresión postparto, y prestar los mejores cuidados a mujeres afectadas ya por esta patología psiquiátrica. Además con esta propaganda de las sesiones se hará publicidad de la depresión postparto y educación sanitaria a la población general.

Los resultados deben evaluarse día a día, sesión tras sesión. Es importante conocer las expectativas de la paciente y familia, para adaptarse y observar si la sesión se ha ajustado a sus necesidades personales. Además, así se pueden rectificar errores (conductas, actividades, etc.) que por las características o situación de la madre, no se han de llevar a cabo de la manera planeada. Por lo tanto, escucharemos atentamente a la paciente, antes y después de cada sesión. La evaluación general será la última y cuarta sesión, donde se permitirá una conversación abierta o guiada, según la paciente. Será necesario en este último caso, un guión o cuestionario preparado con antelación según las características de los cuidados prestados. Se adjunta el formulario de ejemplo en el Anexo 3.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

Las sesiones serán el momento de poner en práctica los cuidados, aunque muchos de ellos deberá trabajarlos la madre tras la cita: en casa, con su hijo y con su familia.

Se observará en la paciente el estado general, el autocuidado e higiene, y toma de constantes. Se buscará cualquier alteración que pueda complicar el proceso de enfermedad de la púérpera.

En el caso de la depresión postparto, al ser un proceso psicológico, se prestará toda la atención durante la entrevista y realización de los cuidados, a: temas de conversación, tono, lenguaje, postura, mirada, gestos, estado anímico, preocupaciones, miedos, etc.

Será lo que nos debe ir guiando para llevar a cabo unos cuidados personalizados y adaptados a sus necesidades, valorando la gravedad de su depresión.

Se debe mantener un ambiente óptimo para que la paciente se abra, confíe en el profesional que la trata, y colabore en su propia recuperación. La escucha activa, apoyo emocional, empatía y positividad son valores que no deben faltar nunca en la consulta.

Como ya se ha explicado en los detalles de cada visita, se comienza, en la sesión primera, conociendo y escuchando la presentación del caso particular de la madre y familia, para así adaptar las siguientes reuniones en función de estos resultados. La segunda sesión se seguirá con objetivos que tengan que ver con potenciar unos estilos de vida saludables, con la familia como apoyo. Se trabajará en la tercera reunión trabajando los lazos afectivos madre-hijo, y la ejecución del rol de la madre. Se deben proporcionar oportunidades de convivencia para asumir estos nuevos papeles, mantener relaciones positivas y proporcionar la información que necesiten sobre su hijo, con el fin de dominar la situación. Éste es el objetivo de todo el curso. En la cuarta sesión se fijarán conceptos y evaluaremos los cuidados de manera general, dando el alta o derivando a un especialista.

REGISTROS DE LOS CUIDADOS REALIZADOS

Al terminar cada sesión, se dejará por escrito la evaluación verbal no formal que la paciente haya expuesto, y la propia valoración del profesional de la jornada: grado de éxito subjetivo de la sesión, comprensión de la paciente, reciprocidad en las conversaciones, gravedad de la depresión postparto a priori, tiempos, reacciones de la madre, anotaciones subjetivas, sospechas, descubrimientos, etc.

Al terminar el curso con la cuarta sesión, se anotarán los resultados obtenidos por la propia paciente, y los que haya evaluado el ponente. Se anotará el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos gracias a los indicadores seleccionados.

Se deben registrar en su historia clínica la realización de este curso, los resultados, y el estado de la paciente al alta definitiva (o derivación a especialista).

Debido a estas anotaciones tendremos un registro de nuestra actividad durante el curso en la que pueden apoyarse los enfermeros y todo tipo de profesionales de otros Centros de Salud, y medir el propio ponente la evolución de la madre e hijo en un futuro ya que conocemos su situación y necesidades.

Esto servirá para poder rectificar o modificar los cuidados si no dan el resultado esperado, o implementarlos en futuros procesos enfermeros si obtienen éxito.

5.4 Seguimiento y evaluación

En esta última etapa del proceso enfermero tenemos oportunidad de averiguar si las intervenciones que hemos propuesto han dado resultado, cumpliendo los objetivos marcados.

Con la madre con depresión postparto se evaluarán las actividades día a día, revisando el parte de enfermería de la sesión anterior y la historia clínica antes de comenzar con la siguiente intervención. Además se preguntará a la paciente y familia cómo evaluaría cada sesión una vez finalizada, lo que evitará que se pierda información ya que está reciente todo lo acontecido: lo destacable por positivo y lo que necesitamos mejorar.

Se realizará una última evaluación al final del curso, tras 4 sesiones, como ya se ha descrito anteriormente (Anexo 3). Ésta será una evaluación general, no sólo del día mismo de cada sesión, sino global: desde que comenzaron las intervenciones hasta el día marcado como límite, valorando todos los factores (recursos, infraestructuras, ponentes, etc.).

Se revisará si se han logrado las metas estipuladas, qué intervenciones han resultado más eficaces, la respuesta de la madre y de su familia, la satisfacción obtenida, y la cantidad y calidad de objetivos resueltos con éxito para dar solución a los diagnósticos alterados.

6.- Discusión

La depresión postparto es una complicación del puerperio que afecta a 1 de cada 10 mujeres en nuestro país ^(1, 2, 5). Queda confirmada la importancia que debemos adoptar frente a esta patología, no solo en el tratamiento si no en una detección precoz.

No he encontrado grandes contradicciones en los artículos salvo que en algunos se citaba el insomnio como síntoma de depresión postparto, y en otros la necesidad de dormir en exceso y el insomnio de nuevo ^(5, 11, 12). Ambos síntomas son característicos de la depresión, y lo achaco a una falta de aportación de datos más exhaustiva. No es una contradicción, sino artículos más completos que otros.

De esta revisión bibliográfica, algunos puntos que he encontrado interesantes son los factores de riesgo, como la incipiente relación entre la depresión postparto en partos *versus* cesáreas, o el nivel cultural. También es destacable la influencia que causa el apoyo social y la situación familiar en este tipo de depresiones. Sobre estos factores de riesgo se han descrito hipótesis y se han sugerido vínculos que los relacionan más o menos con una depresión postparto, pero sin embargo, queda mucho donde investigar para sacar conclusiones más fidedignas, objetivas, concluyentes y prácticas.

El fin de todos los estudios publicados que he revisado sobre la depresión postparto ha sido comprender a las mujeres con depresión postparto y su situación actual, para poder hacer así un Plan de Cuidados adaptado, actualizado y realista. Las conclusiones que he querido reseñar son las referentes a los cuidados de la mujer con esta patología psiquiátrica y a la formación de los profesionales y no profesionales. Los objetivos quedan cumplidos con mi Plan de Cuidados.

Las entrevistas personales o testimonios prestados (Anexos 4 y 5) han sido de incalculable valor para la realización de este trabajo, ya que han servido para inspirar nuevas ideas, necesidades y actuaciones; y para comprender de una forma más humana que son personas que necesitan de nuestros cuidados enfermeros, respeto y apoyo.

7.- Conclusiones.

-El gran número de artículos y estudios disponibles así como también la facilidad de encontrar información, demuestran que la depresión postparto es una patología sobre la que se ha trabajado a nivel científico e investigador.

-La importancia de la depresión post parto en la mujer puérpera invita a la enfermera realizar un plan de cuidados individualizados acertado ,flexible y funcional para educar, prevenir y ayudar tanto a las mujeres afectadas como a sus familias.

-El presente trabajo fin de grado pone de manifiesto diferentes conclusiones obtenidas de estudios científicos, así como un programa de soluciones (Plan de Cuidados) para educar y prevenir, y ayudar a las mujer afectadas y a sus familias.

-La enfermera es la profesional idónea para el cuidado de la mujer con depresión postparto en la medida que necesita ser atendida de forma cercana y ser acompañada en todo el proceso para no deteriorar su autoestima como madre.

8.- Reflexión antropológica: *Sí a la vida.*

La depresión postparto, es una alteración psicológica de la que se derivan múltiples afectados. La madre en primer lugar siente tristeza, agobio, inutilidad... El recién nacido tiene que aprender en los primeros días de su vida no va a tener a su madre preparada para acogerlo y cuidarlo. La familia, por otra parte, también se sentirá al principio despistada, luego atónita por las reacciones de la madre, y al final impotente: es un problema que les sobrepasa.

Los primeros meses de vida son primordiales para establecer un vínculo afectivo entre la madre y su hijo que les unirá para siempre. Este vínculo se ve gravemente dañado en la época en la que dura la depresión. El recién nacido se puede ver falto de atenciones y cuidados, pero sobretodo, falto del afecto y cariño incondicional de una madre en esos primeros días y meses de vida en el que se desarrollan multitud de aptitudes cognitivas, sociales... y en el que el estimular o no al bebé es decisivo de alcanzar su capacidad intelectual y motora óptima.

Otro punto que recalcar de los factores que rodean a la depresión postparto, son los prejuicios sociales. La depresión en general es una patología que cuesta mucho diagnosticar por la vergüenza que da admitir que se está enfermo y que se necesita ayuda. La población está mucho más concienciada de sentir empatía o compasión por patologías físicas, pero si no ven un tumor, una escara o fiebre, cuesta acercarnos a esa persona sin prejuicios como “quejica”, “débil”, etc.

Más aun en las madres con depresión postparto, los prejuicios aumentan. Es sabido por todos que dar a luz o tener un hijo que es el momento más feliz de la vida de una persona, especialmente de la madre. ¿Cómo puede ser que una mujer sienta tristeza y rechazo?

Por todo y al hilo conductor del título de esta reflexión antropológica *sí a la vida*, quiero hacer mi particular defensa a la vida por encima de todo. Si bien es cierto que la depresión postparto es una seria complicación del puerperio que puede provocar miedo o indecisión a la hora de plantearse tener un hijo, especialmente en mujeres que ya lo conocen y se describen como sensibles o vulnerables a ello, no debe implicar el no hacerle frente sino pedir ayuda de profesionales. “No estás sola y, sobretodo, no es tu culpa. ¡Existen soluciones!”.

De hecho la educación sanitaria y el apoyo incondicional de la enfermera hacia la madre son de gran ayuda para que cuide al bebé con el mismo amor que fue concebido. Lo que nos lleva a considerar que en ningún caso el miedo a sufrir depresión postparto debe ni puede ser motivo de interrupción voluntaria de un embarazo puesto que tener un hijo siempre merece la pena.

Sé que como enfermera deberé conciliar decisiones importantes para la mujer pero también sé que la formación humanística recibida en la carrera, me ayudará a ver el

valor del ser humano en todas ellas. Y si en algún momento entiendo que la dificultad me puede, recordaré el valor de la madre que me prestó su testimonio personal y seguiré adelante como lo hizo ella subrayando el ímpetu:

“Tenerte en mis brazos es el remedio a todos mis males”

9.- Bibliografía

1. Reyes López, J.; Urtaran Ibarzabal, Z., Prieto Doménech, S., Herraiz Soler, Y., Depresión durante el embarazo; Enfermería Integral Artículos científicos; Valencia; Junio 2008.
<http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/3.pdf>
2. Arcaso Terrén, C.; García Esteve, L.; Navarro, P.; Aguado, J.; Ojuel, J.; Tarragona, M. J.; Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 120; Capítulo 9; páginas 326-329. Barcelona, España; 2003.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303736926>
3. Sierra Manzano, J. M.; Carro García, T.; Ladrón Moreno, E.; Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edimburgh postnatal depression scale; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 30; Capítulo 2; páginas 103-111. Soria, España; 2002.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789798>
4. Depresión posparto; Base de datos Medline, Actualizado en febrero 2014.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm>
5. Jadresic, E.; Depresión posparto, Atención primaria; Medwave, revista biomédica; Diciembre 2004.
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922>
6. Torres, Sepúlveda, P.; Huerta Araneda, P.; Depresión posparto: La experiencia maternal y sus mecanismos de defensa; Tesina Licenciatura en Psicología de la Universidad Academia de humanismo cristiano; Santiago de Chile, 2012.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2560/tpsico499.pdf?sequence=1>
7. Wolff, C.; Valenzuela, P.; Esteffan, K.; Zapata, D; Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias; Scielo; 2009.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000300004&script=sci_arttext
8. Lawrie, T. A.; Herxheimer, A.; Dalton, K.; Estrógenos y progesterona para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal. Cochrane 6 de Octubre del 2010.
<http://www.cochrane.org/es/CD001690/estrogenos-y-progestagenos-para-la-prevencion-y-el-tratamiento-de-la-depresion-puerperal>

9. Navarro, V.; Tirosina y triptófano en el tratamiento de la depresión; Clinic Barcelona Hospital Universitari; 7 Agosto de 2007.
<http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/noticias/tirosina-y-tript%C3%B3fano-en-el-tratamiento-de-la-depresi%C3%B3n>
10. Borbalán Escánez, J.; Depresión postparto; Universidad de Almería; 2013.
<http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2495/1/Trabajo.pdf>
11. Matos Guando, F.; Llanto Cornejo, S.; Perfil psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé. Universidad privada Sergio Bernales, carrera profesional de obstetricia; Cañete, Perú; 2012
<http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe2.shtml>
12. Lartigue, T.; Martin Maldonado, J.; González Pacheco, I.; Saucedo García, J. M.; Depresión en la etapa perinatal; Medigraphic Artemisa; México; 2008.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>
13. Depresión mayor; Base de datos Medline; Actualizado Octubre 2014.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm>
14. Asistente de Plan de Cuidados Nanda Noc Nic.
<http://nanda.es/index.php>
15. Guía de la depresión. Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión (ANAED). Delegaciones en Madrid, Sevilla y Cádiz. Últimos archivos de Junio del 2014.
<http://fundacionanaed.es/guia-de-la-depresion/>

10.- Anexos

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

ANEXO 2 - CRONOGRAMA DE VISITAS Y ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	1ª Visita	<p>Valorar a la madre, cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales.</p> <p>Búsqueda de posibles complicaciones. Localizar los riesgos reales y potenciales.</p> <p>Valorar el nivel de ansiedad.</p> <p>Revisión del ambiente y roles en el hogar, estado familiar.</p> <p>Valorar necesidades de la propia familia.</p> <p>Valorar al bebé en búsqueda de algún déficit en el cuidado o signo de abandono.</p> <p>Soportes sociales: se le mostrarán a la madre y familiares.</p> <p>Compartir con la madre las dudas.</p> <p>Finalizar con una pequeña evaluación verbal, no formal.</p>
	2ª Visita	<p>Evaluar actividades del día anterior.</p> <p>Cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales.</p> <p>Revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones.</p> <p>Identificar nivel de ansiedad y afrontamiento.</p> <p>Valorar cómo afronta la familia esta situación. Guiarles y enseñarles los cuidados necesarios para la madre.</p> <p>NIC centrados en el estado físico de la madre.</p> <p>Afrontamiento inefectivo de la madre.</p> <p>Compartir con la madre las dudas.</p> <p>Evaluación de la jornada.</p>
	3ª Visita	<p>Evaluar actividades del día anterior.</p> <p>Cuidados generales, higiene, y toma de constantes vitales.</p> <p>Revisar los riesgos reales o potenciales, y posibles nuevas alteraciones.</p> <p>Identificar nivel de ansiedad y afrontamiento.</p> <p>Trabajar los lazos afectivos madre-hijo, y el rol de los padres.</p> <p>Compartir con la madre las dudas.</p> <p>Evaluación de la jornada.</p>
	4ª Visita	<p>Evaluación global del Proceso de Atención de Enfermería. Si se observa poca fluidez de la evaluación, se podrá hacerlo más guiado o incluso tipo formulario (respuestas de SI/NO o valorar con una escala numerada). Se adjunta posible cuestionario en Anexo 2.</p> <p>Terminar fijando conceptos (educación sanitaria que hayamos visto, nada nuevo) y comprobando con un feedback si los ha entendido y/o realizado.</p> <p>Exponer otros recursos alternativos a los que recurrir, como búsqueda de apoyo social, comunitario, familiar... una vez hayan finalizado los cuidados con nosotros.</p> <p>Valorar si dar el alta a la madre o derivar a un especialista.</p>

ANEXO 3 – EVALUACIÓN GENERAL DEL CURSO

Questionario de Evaluación

- ¿El global de las sesiones se ajusta a tus expectativas al comienzo del curso?
- ¿Consideras adecuados los contenidos teóricos aportados?
- ¿Consideras prácticos las actividades e intervenciones propuestas?
- ¿Te ha resultado útil el curso durante este mes?
- ¿Seguirás llevando a cabo los cuidados tras el alta?
- ¿Ha mejorado tu calidad de vida con el curso?
- ¿Te consideras capaz de realizar las AVD con más facilidad que antes?
- ¿Valoras de una manera positiva la nueva situación familiar?
- ¿Eres positiva en cuanto a los cuidados hacia tu hijo?
- ¿Mantienes una buena relación de afecto hacia tu hijo?
- ¿Recomendarías este curso a otras madres?
- ¿Crees que las infraestructuras y materiales han sido los necesarios?
- ¿Crees que los ponentes han tenido una actitud correcta?
- ¿Crees que la formación de los ponentes ha sido la óptima?

SI	A medias	NO

Otros:

ANEXO 4 – ENTREVISTA DE UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN POSTPARTO

Esta entrevista en anónima y se realizó personalmente en una sala privada, donde la madre obtuvo cercanía y confianza necesaria para relatar sus sentimientos y experiencias durante su período de depresión postparto, ayudando así no solo a completar un trabajo de fin de grado y con ello impulsando la ciencia y la investigación, sino también a sí misma compartiendo sus vivencias y rememorándolas desde la superación y el progreso.

1. ¿Fue un hijo planeado?

Sí, fue un hijo que incluso pedimos a la Virgen de Covadonga durante un viaje a Asturias, planeado básicamente para concebir a nuestro segundo hijo, ya que yo era ya una mujer añosa. Mi primer hijo tenía 12 años cuando logré quedarme embarazada.

2. ¿Cuánto estuviste padeciendo depresión postparto?

4 meses, desde que di a luz hasta que me incorporé al trabajo.

3. ¿Cómo era la situación en casa tras dar a luz?

Noté los síntomas de depresión desde el día siguiente de dar a luz. Mi marido viajaba mucho por su trabajo. Mi familia intentaba animarme pero yo estaba muy sensible. Con el primero, yo era muy jovencita y, aunque inexperta, tenía vitalidad, alegría, energía y el apoyo que necesitaba. Pero con el segundo, todas las tareas me superaban.

4. ¿Qué síntomas notabas durante tu depresión postparto?

Siempre he querido la perfección y sentirme incapaz, reclamar compañía total de mi marido (aunque estuviera mi madre ayudándome con el bebé y la casa). Pensamientos de “no voy a poder”. No tenía tiempo para sacar adelante todo el trabajo. Sentía mucho agobio por el tiempo. Yo me sentía una vaca, ya que engordé y no paraba de darle leche al bebé; mientras que veía a mi marido cada vez más guapo y elegante. Tenía la autoestima muy afectada, y me daban brotes de llorar.

5. ¿Cuándo empezaste a notar la recuperación?

Al incorporarme a mi trabajo (Auxiliar de Enfermería): tenía la mente despejada, empecé a asumir el papel, a sentirme capaz de hacerlo... tenía menos demanda de mi hijo. Fue una liberación.

6. ¿Cómo era tu jornada o trabajo diario en casa durante la depresión postparto?

Por las mañanas estaba sola con el bebé. Luego, cuando trabajé de nuevo, me ayudó una mujer que contratamos (tipo mi madre), y me iba tranquila al trabajo.

7. ¿Sacas alguna reflexión de esta experiencia?

Me volví a enamorar de mi marido. Ahora me siento que puedo con todo.

ANEXO 5 – TESTIMONIO ANÓNIMO DE PACIENTES TRAS EL PARTO

Estas personas han querido ayudar al desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado de forma anónima contando su propia experiencia, o contestando a preguntas que les iba formulando. Algunas de estas preguntas guiadas han sido: ¿Tuviste sentimientos de angustia o agobio? ¿Lloraste o te sentiste triste algún día sin motivo aparente? ¿Notabas que te faltaba el tiempo para hacer todo o te sentías incapaz?

“Únicamente con el primero y sobretodo me agobiaba el que el tiempo siempre se me echaba encima sin hacer nada, sólo... ¡¡niño!!”

“Sentía agobio por falta de tiempo, por no poder descansar durante la noche y por la responsabilidad que conlleva criar un hijo. Sentía un peso que caía sobre todo en mí, pero también mucho amor y menos egoísmo.”

“Tras el nacimiento del primer hijo, sí que tuve sentimientos de agobio ante la nueva situación. Algún día lloraba por el cansancio que sentía y me faltaba el tiempo para hacer las cosas. Con el segundo hijo no me pasó eso.”

ANEXO 6 – CARTEL DE LAS SESIONES DE DEPRESIÓN POSTPARTO

¿Qué sabes de la DPP? Apúntate:

- * Educación sanitaria básica para todo tipo de población.
- * Sesiones personalizadas con horarios flexibles.
- * Prevención y terapia.

¡Ponte a prueba y ayuda a tu pareja tras el parto!

DEPRESIÓN POSTPARTO

Pregunta aquí

No estás sola

NO ES TU CULPA

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE SORDANA

anaed ayuda contra la depresión

madrid salud

SaludMadrid Comunidad de Madrid

Cartel de las sesiones de depresión post parto. Fuente: elaboración propia.

11.- Glosario de términos

- **Albúmina:** proteína sintetizada en el hígado, importante en el transporte de hormonas.
- **Climaterio:** período de tiempo en el que el organismo de la mujer va abandonando su época fértil. Se produce un agotamiento de los folículos ováricos, y un cese de hormonas reproductivas. Puede durar años. Aparece la menopausia, que es la última regla de la vida de una mujer.
- **Cognoscitivo:** referente a la inteligencia o capacidad de aprender.
- **Cronograma:** programación u organización según el orden en el tiempo de actividades, citas, etc.
- **Futilidad:** inutilidad de algún objeto o actividad.
- **Morbilidad materna:** indicador de madres que enferman en un período de tiempo limitado, siguiendo algún parámetro que se esté sometiendo a estudio, como edad, zona geográfica, época del año, etc.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification, o clasificación de resultados de enfermería. Son los resultados u objetivos deducidos a partir de la valoración y diagnóstico de la paciente a través de patrones de Enfermería. Adjudica a cada resultado un número o código. Esta clasificación fue realizada por la Universidad de Iowa en 1991 y continúa desarrollándose día a día.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification, o clasificación de intervenciones de enfermería. Son las intervenciones propuestas para dar respuesta a los objetivos o NOC escogidos para el paciente en particular. Adjudica a cada intervención un número o código. Esta clasificación fue realizada por la Universidad de Iowa en 1991 y continúa desarrollándose día a día.
- **Patrón presueño meditabundo:** fase del sueño característica del insomnio. En esta fase el paciente se acuesta y medita, cavila o reflexiona en silencio. No llega a estar dormido, y estas inquietudes le impiden relajarse, provocando estrés e insomnio.
- **Primíparas:** mujeres que dan a luz por primera vez. Se las debe prestar especial atención y cuidados ya que carecen de la experiencia previa, y suelen presentar más dudas y temores.

- **Puerperio:** período de tiempo que va desde el momento en que la madre da a luz hasta los 40 días posteriores, en el que el organismo está restableciendo sus condiciones de antes de concebir.
- **Serotonina:** neurotransmisor producido por el organismo. Interfiere en la transmisión del impulso eléctrico entre una neurona y la siguiente en el botón sináptico. Tiene gran variedad de funciones ya que influye en todo el cuerpo, pero una de las que más interesa dado el tema de este trabajo fin de grado en la variación que puede producir repercutiendo en los cambios del estado de ánimo.
- **Sinapsis:** es el espacio que hay entre una neurona y la siguiente durante la transmisión del impulso eléctrico, donde se encuentran los neurotransmisores y, por tanto, donde se regula la intensidad de este impulso. También se conoce como botón sináptico.
- **Triptófano:** aminoácido presente en los alimentos que está estrechamente relacionado con la producción de nuestro organismo de serotonina.

Agradezco enormemente la colaboración de aquellas mujeres que con valentía y pasión compartieron conmigo testimonios de una parte delicada de sus vidas e hicieron posible que este trabajo de fin de grado tenga esa parte humana indispensable. Mis agradecimientos también a mi tutora, por trasmitirme no sólo teoría sino corazón. Gracias a todas las personas que han influido en la elaboración de este proyecto.

