



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuidados de Enfermería en pacientes con Depresión Posparto

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciada en Enfermería

Autor:

Llugin Silva, Andrea Katherine

Tutor:

MsC. Liliana Alexandra Ríos García

Riobamba, Ecuador. 2025

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, **Andrea Katherine Lluquin Silva** con cedula de ciudadanía **060433813-7**, autora del trabajo de investigación titulado: **Cuidados de Enfermería en pacientes con depresión posparto**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 26 de junio del 2025.



Srta. Andrea Katherine Lluquin Silva

C.I.: 060433813-7

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, MsC. Liliana Alexandra Ríos García, catedrático adscrito a la Facultad de ciencias de la salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación “Cuidados de Enfermería con pacientes con Depresión Posparto”, bajo la autoría de Andrea Katherine Lluquin Silva, por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, en Riobamba, a los 22 días del mes de mayo de 2025.



MsC. Liliana Alexandra Ríos García
C.I.: 060386960-3

CERTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

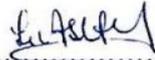
Quienes suscribimos, catedráticos designados miembros de tribunal de grado para la evaluación del trabajo de investigación "**Cuidados de Enfermería en pacientes con Depresión Posparto**", presentado por **Andrea Katherine Llugin Silva**, con cédula de identidad **0604333813-7**, bajo la tutoría de **MsC. Liliana Alexandra Ríos García**; certificamos que reconocemos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente, se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada sustentación por parte de su tutor, no teniendo más que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 26 de junio de 2025.

Paola Machado Herrera PhD.
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE
GRADO**

Firma

Angélica Salome Herrera Molina PhD.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma

Jimena Alexandra Morales Guaraca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma



CERTIFICACIÓN

Que, **ANDREA KATHERINE LLUGUIN SILVA** con CC: **0604338137**, estudiante de la Carrera **ENFERMERÍA (R)**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO**", cumple con el 2 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 19 de junio de 2025

Mgs. Liliانا Alexandra Ríos García
TUTOR(A)

DEDICATORIA

En memoria de mi madre, aunque ya no esté físicamente a mi lado, sé que desde el cielo ahora tienes un motivo más para estar orgullosa de mí, este trabajo es el resultado de tu apoyo y sacrificio. Tus palabras de aliento y tu ejemplo constante mi más grande inspiración, a través de tus enseñanzas y cariño, por eso siempre estarás presente, en cada logro, en cada sonrisa y cada lágrima. Te amo y te extraño cada día, este trabajo es mi más sincera forma de agradecerte por todo lo que hiciste por mí y para cumplir con la promesa que un día te hice.

Con todo mi amor.

Andrea L.L.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida, a la Universidad Nacional de Chimborazo, por abrirme sus puertas y otorgarme los medios necesarios para formarme como profesional en tan prestigiosa institución.

A mis docentes de la Carrera de Enfermería, por compartir todos sus conocimientos, guiándome durante todo el proceso de mi formación académica.

A mi tutora MsC. Liliana Ríos, extendiendo mi más sincero agradecimiento por su valiosa guía y apoyo, que han sido los pilares fundamentales en el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. Leonel Rodríguez, por brindarme su confianza y tener siempre palabras de aliento y motivación en momentos difíciles.

A mis amigas, Katy, Joselyn, Johanna y Dana por estar conmigo en este largo camino, pues a pesar de las dificultades me han motivado a diario para no abandonar mi sueño, porque más que amigas se convirtieron en mi familia.

Andrea L.L.

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
5.1. Conclusiones	32
5.2. Recomendaciones	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sintomatología Frecuencia	17
Tabla 2. Triangulación de Resultados	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de lección de fuentes	26
Figura 2. Diagnóstico y manejo de la depresión posparto en primer y segundo nivel de atención.....	42

RESUMEN

La Depresión Posparto (DPP) es un problema de salud pública que afecta a mujeres durante el embarazo y después del parto. Según la OMS, 300 millones de personas en el mundo sufren esta enfermedad. En Ecuador, su prevalencia oscila entre el 50% y el 85%, y en Riobamba, el 34,6% de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Lizarzaburu han presentado DPP.

Este estudio revisa literatura científica publicada entre 2020 y 2025, recopilada de bases de datos como Scielo, PubMed, Google Académico y documentos de organismos oficiales. Se identificaron como principales factores de riesgo: problemas familiares, eventos estresantes, antecedentes de trastornos mentales, bajo nivel educativo y limitado acceso a servicios de salud.

Los síntomas incluyen irritabilidad, ansiedad, preocupación excesiva y confusión, que pueden evaluarse mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Se destaca la importancia de los cuidados de enfermería basados en la teoría de Cheryl Tatano, enfocada en intervenciones integrales desde la prevención hasta la atención centrada en el bienestar físico y psicológico de la madre.

Palabras Clave: Depresión posparto, cuidados de enfermería, salud mental, puerperio, periparto.

ABSTRACT

This research work demonstrates that postpartum depression (PPD) is a public health problem that affects women during pregnancy and after childbirth. According to the WHO, 300 million people in the world suffer from this disease. In Ecuador, its prevalence ranges between 50% and 85%, and in Riobamba, 34.6% of the patients who attended the Lizarzaburu Type C Health Center have presented PPD.

In this study, we reviewed the scientific literature published between 2020 and 2025, collected from databases such as Scielo, PubMed, Google Scholar, and official agency documents. The main risk factors identified were: family problems, stressful events, history of mental disorders, low educational level, and limited access to health services.

Symptoms include irritability, anxiety, excessive worry, and confusion, which can be assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The importance of nursing care, based on Cheryl Tatano's theory, is highlighted, focusing on comprehensive interventions that span from prevention to care, with a focus on the physical and psychological well-being of the mother.

Key words: Postpartum depression, nursing care, mental health, puerperium, peripartum.

Abstract translation reviewed by



Firmado electrónicamente por:

BLANCA
NARCISA
FUERTES
LOPEZ

Validar electrónicamente con FirmadC

Dr. Narcisa Fuertes, PhD.

CC: 1002091161

Professor at Competencias Linguísticas UNACH

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la depresión posparto (DPP) se reconoce como un problema de salud pública, ya que se trata de un trastorno del estado de ánimo que impacta a las mujeres tanto durante el embarazo como en el posparto mediato, en este contexto, el suicidio se considera como la principal causa de mortalidad, a la vez pudiendo desarrollarse el filicidio, según fuentes estadísticas existe una alta prevalencia en madres adolescentes y jóvenes. ⁽¹⁾

Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana se refiere a esta patología con el nombre de “depresión perinatal”, la cual se manifiesta por síntomas depresivos como tristeza, indiferencia, falta de energía, sueño, falta de apetito y ansiedad, que le impiden disfrutar de este nuevo ciclo, que aparece durante el periodo del embarazo y el primer año después del parto, puesto que en esta etapa de la vida, las mujeres pueden presentar estrés y cambios en su entorno, por lo que es considerada grave pues puede conllevar a riesgos para la madre y el niño.⁽²⁾

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en su quinta edición, señala que la DPP en la mayoría de los casos se presenta antes del mismo, denominado episodios de periparto, donde las mujeres muestran signos de ansiedad grave e incluso ataques de pánico, al presentarse estos con frecuencia aumenta el riesgo de que padezca depresión posparto, pero también es elevado en pacientes con trastorno depresivo con características psicóticas y en mujeres con antecedentes familiares, además cuando han existido antecedentes en la madre, el riesgo de recurrencia va en aumento en cada uno de sus partos posteriores. ^(3,4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que esta enfermedad afecta aproximadamente a tres cientos millones de personas, considerando que para el año 2020 está afectaría a un 56% de las mujeres que viven en Latinoamérica, esta patología se considera como la segunda más común dentro de las enfermedades mentales, En EE.UU. se estima 1 de cada 7 mujeres experimenta depresión posparto, lo que equivale a aproximadamente 600,000 casos diagnosticados cada año, de igual manera la OPS demuestra mediante sus estadísticas que la DPP es un trastorno mental con incidencia mundial del 15%, con un rango entre 80 y 200 pacientes diagnosticadas por cada 100 mujeres embarazadas. ⁽⁵⁾

En cuanto a países europeos se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de DPP, siendo uno de ellos España, donde se ha identificado síntomas depresivos que oscilan entre 14,8% y 23,4%, siendo mujeres inmigrantes las mayormente afectadas con un 25,8%, Según Marcos Nájera et al, en su estudio denominado la depresión perinatal en el contexto español, donde se manifiesta que tiene como relación los trimestres durante el embarazo debido a que se cuenta con un 23,4% de sintomatología depresiva en el primer trimestre, con un 17% en el segundo y 21,4% en el tercer trimestre. ^(6,7)

Evidenciándose también que puede presentarse depresión ya establecida o denominada con depresión mayor, la cual se encuentra con un 5,1% en el primer trimestre, 4,0% en el segundo y 4,7% en el tercero, siendo evidente que en el primer y tercer trimestre existe aumento de DPP, tomando en cuenta que en el estudio se obtuvo como resultado una tasa de depresión del 10% en mujeres españolas, las cuales presentan mayor riesgo cuando existe antecedentes de depresión, falta de ayuda en las tareas domésticas o la falta de apoyo familiar y social a nivel afectivo. ⁽⁸⁾

Asimismo, se muestra un 20,3% en mujeres mexicanas donde la más vulnerables son aquellas de bajo estatus económico, desempleadas, sin pareja estable, con nivel de educación básico incluyendo como predictores: el historial previo de depresión, estrés, malas relaciones con su núcleo familiar y el escaso apoyo social. ⁽⁹⁾

De acuerdo al estudio de Rodríguez D, sobre “la caracterización de la depresión posparto en madres de 20 a 40 años en el año 2019”, menciona que en países latinoamericanos se presenta con frecuencia, como es el caso de Venezuela en el año 2011 con un 22% donde las principales causas son la falta de apoyo por parte de su pareja, baja escolaridad y presentar antecedentes, de igual manera en Brasil en el año 2004, se obtuvo un 36%, siendo el bajo nivel socioeconómico, antecedentes de aborto y la localización geográfica rural, los factores de riesgo más reconocidos y en México en el año 2011 con el 32.6%, se asocia con embarazos no deseados, multiparidad, escolaridad básica, abortos previos y básico nivel socioeconómico como los principales factores de riesgo para el apareamiento de esta patología, para lo que se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), considerada una herramienta confiable, validada para mujeres adultas, de fácil uso, incluye apartados que permiten identificar de manera eficaz a pacientes con riesgo, ya que se puede describir como la madre se ha sentido durante las dos semanas previas a la aplicación del test. ⁽¹⁰⁾

De la misma manera, según el ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador existe una incidencia del 13% de las mujeres embarazadas que padecen DPP, también conocido con el termino de melancolía postparto, donde la prevalencia de esta es del 50%-85% durante este periodo, mientras que el termino psicosis puerperal afecta del 0.1%-2% de las mujeres ⁽¹¹⁾, en un estudio denominado “Factores de riesgo de Depresión Posparto”, desarrollado en el Centro de Salud Tipo C Lizarzaburu en el año 2011, se evidencia que el 34.6% de pacientes atendidas presenta síntomas característicos, teniendo en cuenta que los factores de riesgo más identificados son la edad, nivel socioeconómico, dependencia económico, estado civil y ocupación. ⁽¹²⁾

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo, analizar los cuidados de enfermería en pacientes con depresión posparto, identificando los factores de riesgo de acuerdo a varios autores. Con ellos se pretende identificar las diferentes opiniones de los autores que se enfocan en la adquisición de conocimientos en cuidados enfermeros enfocado en pacientes que experimenten esta patología, medidas que puedan ser puestas en práctica por parte del personal de enfermería, mediante la teoría Cheryl Tatano, denominada Teoría de la Depresión Posparto, mediante la aplicación de esta, podremos determinar la existencia o no de esta afección lo que permitirá una adecuada atención mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en los diferentes niveles, con el fin de mejorar el vínculo madre-hijo.

Considerando que como futura profesional de enfermería se pueda aportar información actualizada sobre diversas medidas de cuidado y autocuidado en las pacientes, fomentando de esta manera acciones educativas que permitan crear y elaborar estrategias basadas en la prevención de la DPP.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Durante el embarazo la mujer sufre cambios a los cuales debe enfrentarse y poner a prueba su capacidad de adaptabilidad, pues la etapa de vulnerabilidad aumenta y consigo el riesgo de sufrir algún tipo de complicaciones son mayores, pues las dudas sobre el nuevo rol que debe cumplir, los cuidados que debe brindar al recién nacido, sus necesidades y obligaciones son causantes de estrés psicológico, lo que hace esencial los controles y seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario incluyendo en el posparto. ^(13,14)

El periodo posparto o puerperio es definido como el periodo que dura entre 6 y 8 semanas, que inicia desde el alumbramiento hasta la recuperación completa de la madre, el mismo que se compone de 3 etapas como: el posparto inmediato, que abarca las 24 primeras horas posteriores al parto; el posparto mediato, que dura hasta 10 días después y posparto tardío, que engloba del día 11 hasta los 42 días, periodos en los que las madres experimentan síntomas o complicaciones leves como cambios de ánimo, tristeza irritabilidad o depresión. ^(13,14)

La depresión es una problemática considerada de salud pública afectando directamente a la madre y al vínculo madre-hijo, Según Acuña et. al. mencionan que la depresión posparto es una enfermedad frecuente, con adaptaciones físicas y psicológicas pueden asociarse entre los deseos personales de las madres y las nuevas responsabilidades que tendrá obtiene como madre, pues en esta etapa están más expuestas a un estrés psicológico y vulnerabilidad para la aparición de un trastorno del estado de ánimo. ⁽⁴⁾

Por consiguiente, en pacientes que no sean diagnosticadas y no presenten un tratamiento adecuado, esta patología puede durar meses o incluso años, llegando a desarrollar complicaciones potenciales como: problemas familiares, daño al bebé, afectar al vínculo y con el paso del tiempo en un trastorno depresivo continuo, por lo que debe existir una valoración exhaustiva, en cuanto a factores de riesgo, signos y síntomas de DPP, interacción con la pareja y familia, es por ello que se considera importante brindar cuidados de enfermería con el fin de garantizar el bienestar de las pacientes en su nueva etapa. ⁽¹⁵⁾

Por tal razón se considera al embarazo como una etapa de vulnerabilidad, debido a que puede desencadenar en la madre ansiedad, depresión, tristeza, debido a conflictos que se originan por las necesidades y obligaciones frente a este nuevo rol, pues las madres experimentan diferentes dudas e inquietudes sobre los cuidados que deben brindar al recién nacido,

apareciendo así con mayor facilidad el estrés psicológico en el posparto, presentándose sentimientos y emociones contradictorias como felicidad, tristeza, tranquilidad, angustia, entre otros. ⁽¹⁶⁾

De acuerdo con el DSM-5, menciona que el término “posparto” debería ser cambiado por “periparto”, debido a que la mayoría de los episodios de depresión mayor inician antes del parto, donde se evidencia la ansiedad, ataques de pánico y tristeza, las cuales al presentarse con frecuencia aumentan el riesgo de desarrollar este tipo de trastorno, mismos que pueden o no presentar características psicóticas como alucinaciones relacionadas con delirios o infanticidio, siendo estas las más comunes en madres primíparas. ⁽³⁾

Por otro lado, los síntomas depresivos suelen aparecer con frecuencia durante la primera semana posterior al parto. La llamada tristeza posparto o depresión puerperal leve generalmente tiene una duración de 2 a 3 días y hasta un máximo de 2 semanas. En contraste, la depresión posparto persiste por más de dos semanas, tiene un efecto incapacitante y afecta el desempeño en las actividades cotidianas. ⁽³⁾

Respecto al diagnóstico de depresión, de acuerdo al DSM-5, se lo define por la combinación de 5 o más de los diferentes síntomas entre los cuales se incluyen: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o incapacidad de gozar de actividades que antes eran disfrutadas, fatiga, sentimiento de culpa, inquietud o lentitud psicomotora, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y pensamientos constantes sobre la muerte o suicidio. ⁽³⁾

De igual manera, la Asociación Psiquiátrica Americana menciona que, para diagnosticar a una madre con esta patología, los síntomas deberían iniciar desde el embarazo, tomando en cuenta la sensación de tristeza, cambios en el apetito, pérdida de interés en actividades cotidianas, aumento de fatiga, llanto fácil, sensación de ser mala madre lo que trae consigo el miedo, falta de interés en el bebé y el no sentirse unida al mismo. ⁽²⁾

Según Villegas N et. al. en su estudio Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto, mencionan que las mujeres experimentan en esta situación síntomas como desánimo, sentimiento de culpa, dificultad para dormir, falta de concentración, exceso o pérdida de apetito, desesperanza, entre otros que al no ser tratados a tiempo pueden tener repercusiones serias tanto para la madre como para el bebé. ⁽⁵⁾

Por otra parte, Marcos R. menciona en su estudio denominado La prevalencia y factores de riesgo de depresión prenatal entre mujeres migrantes y nativas en España, que existen síntomas que podrían alertar sobre la presencia de esta patología con sentimientos de tristeza, llanto frecuente, preocupación, sensación de pánico o ansiedad, trastorno del sueño, irritabilidad, falta de control en situaciones de estrés, dificultad en la toma de decisiones, aislamiento familiar y social, pensamientos suicidas o el causar daño al bebé, siendo estas ideas difíciles de apartar de su mente. Es por esto que la sintomatología frecuente se puede clasificar según el tiempo de apareamiento y duración, como lo muestra la Tabla 1. ^(7,17)

Tabla 1. Sintomatología Frecuencia

Autor	Hasta las 20 semanas del embarazo	Desde el Posparto hasta después de 2 semanas	Más de 2 semanas
OASH	No se evidencia en el artículo	Ansiedad Ataques de llanto Cambios de humor Pérdida del apetito Problemas para dormir Sentimientos de tristeza	Ansiedad Sentimientos de tristeza Dificultad en la realización de tareas domésticas Pensamientos de hacer daño al bebé Sentimientos de no cuidar bien al bebé.
Asociación Psiquiátrica Americana	Tristeza Aumento de fatiga Cambios en el apetito Pérdida de interés en actividades cotidianas	Miedo Llanto fácil Falta de interés en él bebe No sentirse unida con su hijo Sensación de ser mala madre	No se evidencia en el artículo
Moldenhauer J.	No se evidencia en el artículo	Llanto frecuente Tristeza extrema Irritabilidad e ira Cambios de humor	Falta de interés Cansancio extremo Trastornos del sueño Miedo de dañar al bebé Cefalea y Dolor corporal Ansiedad o ataque de pánico

			Pérdida o exceso de apetito Sanación de ser incapaz de cuidar al bebé Culpabilidad por tener esos pensamientos
Ministerio de Salud Pública (MSP)	No se evidencia en el artículo	Llanto Tristeza Ansiedad Irritabilidad Sentirse abrumada Cambios de humor Alteración del sueño Problemas de apetito Reducción de concentración	Insomnio Llanto excesivo Ansiedad severa Sentimientos de culpa Ánimo deprimido Cambios de humos severo Irritabilidad intensa y enojo Dificultad para mantener un vínculo Pérdida de interés por cosas que antes disfrutaba
Nájera M. et. al.	Cansancio Mayor agitación Cambios en el apetito Dificultad de concentración	Preocupación Sensación de tristeza Pensamientos suicidas Dificultad en la toma de decisiones Falta de control en situaciones de estrés Aislamiento familiar y social	No se evidencia en el artículo
Villegas N. et. al.	No se evidencia en el artículo	Desánimo Desesperanza Sensación de infelicidad Pérdida de interés por la vida	No se evidencia en el artículo

Elaborado por: Lluquin A, 2025

Normalmente los síntomas se presentan de manera gradual y poco evidente en los 3 meses posparto, al inicio pueden ser repentinos, debido a que afectan la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma y del recién nacido, ya que estas tienden a no sentirse unidas con sus hijos, produciendo problemas emocionales, sociales y cognitivos en el bebé en un futuro, cabe mencionar que las parejas también pueden ser propensos a padecer depresión ya que esta puede afectar a sus padres provocando estrés en su relación. ⁽⁵⁾

Por otro lado, Ridruejo I. et. al. en su estudio denominado Depresión posparto: causas, diagnóstico y tratamiento, menciona que la DPP es considerada con una patología compleja y multifactorial por su aparición, razón por la cual se clasifica en 3 grupos de factores de riesgo como: biológicos, psicológicos o sociales; dentro del primer grupo está la historia de depresión, donde se aborda los antecedentes que pueden presentarse antes, durante y después del embarazo, al igual que los cambios hormonales bruscos en los niveles de estrógeno y progesterona posterior al parto, mismos que pueden ser el detonante para la aparición de síntomas depresivos y complicaciones obstétricas refiriéndose a problemas que pueden ocurrir durante el embarazo o el parto, como preeclampsia, eclampsia o parto prematuro. ⁽¹⁹⁾

Asimismo, se tiene a los factores psicológicos| donde principalmente se encuentra el estrés y ansiedad pues en el transcurso del embarazo estos suelen elevar sus niveles y de esta manera la DPP puede desarrollarse con mayor facilidad, presentando autoestima baja, disminución de confianza en sí misma para poder cuidar al bebé y poder cumplir con las responsabilidades que conlleva esta nueva etapa, además el conflicto con la pareja cuando siente falta de apoyo por parte de este se convierte en otro factor importante. ^(18,21)

Por último, se encuentra el factor social, dentro del cual se encuentra el apoyo insuficiente sea este familiar o social, dificultades financieras como el desempleo y bajo nivel educativo, al igual que las experiencias traumáticas o estresantes como problemas legales o la pérdida de un ser querido, estos pueden estar relacionados con el aumento en las tasas de DPP. ⁽²¹⁾

Una vez analizado los síntomas y factores de riesgo para la aparición de la DPP, se puede observar que si la paciente presenta dicha sintomatología, se debe realizar una valoración exhaustiva mediante la aplicación de pruebas específicas para obtener un diagnóstico preciso, donde puede realizarse la aplicación de un cuestionario con preguntas simples, denominado Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Anexo 1), esta es una herramienta que contiene 10 ítems y es la utilizada para la detección de síntomas, donde se el puntaje es igual o mayor a 13 puntos, es indicativo la presencia de DPP. ⁽²²⁾

Durante la aplicación de la escala, la madre debe escoger una de las cuatro opciones de respuesta, viendo cual es la que se asemeja a como se ha sentido durante los últimos ocho días previos a la aplicación de esta, la mayoría de las pacientes logran responder las preguntas sin inconvenientes en un lapso no mayor a cinco minutos. Es importante asegurarse de que lo hagan de forma individual, sin influencias externas, evitando que consulten sus respuestas con la pareja o familiares cercanos, es decir debe responder por sí misma, a menos que tenga problemas de comprensión o lectura de las preguntas, se puede usar aplicar en las pacientes entre la sexta y octava semana posparto, en el control del bebé o en una visita domiciliaria. (22)

Además, dentro de los criterios de evaluación se debe conocer las categorías de respuestas según el puntaje que se les da, pues a las preguntas se les da 1 punto según el aumento de la gravedad, que va desde un valor de cero hasta tres, dependiendo de la gravedad de los síntomas; de acuerdo a la puntuación, en las preguntas 3,5,6,7,8,9 y 10, el puntaje es calificado en orden inverso, es decir, que la calificación va desde tres hasta cero, una vez terminada la evaluación se suman los valores para obtener un total en donde si la puntuación es más de 10 puntos, muestra una mayor probabilidad de depresión, pero no su gravedad, cualquier número escogido en la pregunta 10 diferente a 0, significa que se debe realizar evaluaciones adicionales o complementarias de manera inmediata para confirmar si la mujer evaluada está desarrollando DPP. (23)

El diagnóstico temprano es crucial para implementar intervenciones oportunas y efectivas, lo que puede mejorar significativamente los resultados para la madre y el niño. La evaluación debe realizarse en varias etapas del posparto donde los profesionales de salud deben estar capacitados para reconocer los signos y síntomas de la DPP. (19)

Al hablar sobre el tratamiento farmacológico, Villegas N. et al, señalan que los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina y la paroxetina, cuáles pueden ser utilizadas durante el embarazo y la lactancia por no presentarse riesgo para las madres o bebés, puesto que el mismo ingiere pocas mínimas cantidades y generalmente no son detectables en el plasma. También se requiere de consejería por la incertidumbre que pueden tener las madres sobre dar de lactar o no a su recién nacido; además se debe complementar con suplementos de ácido fólico, pues su efecto en reducir los síntomas depresivos es beneficioso para las pacientes. (5,24)

Diversos artículos indican que el bienestar psicológico de las embarazadas durante el embarazo y el posparto es crucial para el desarrollo emocional, cognitivo y social de su hijo. La DPP se asocia con un aumento en la probabilidad de que los bebés sean afectados en su desarrollo, incluyendo los impactos que puede sufrir en su salud mental. Asimismo, se ha observado que los hijos de las madres que sufrieron DPP presentan un mayor riesgo de presentar problemas de conducta, conflictos al relacionarse con los demás y carácter fuerte a una temprana edad, incluso pueden surgir dificultades emocionales que afectan el vínculo entre la madre y el hijo. ^(25,27)

Asimismo, Ridruejo I. et. al. indican que para un tratamiento farmacológico se debe tener presente suplementos con ácido fólico porque la síntesis de serotonina que estos causan ayuda a disminuir los episodios de ansiedad en las mujeres que han administrado esto durante el embarazo, protegiendo su sistema nervioso hasta 21 meses después del parto, además la administración de antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la DPP moderada y grave son considerados fundamentales por esta razón deben ser usados bajo supervisión médica. ^(21,26)

Por otro lado, Bowlby en su Teoría del Apego, menciona que aquellas personas que durante su infancia mantuvieron relaciones afectivas de manera sólida o un apego fuerte y seguro con sus padres, crean durante su vida personalidades seguras de sí mismas, lo que facilita en ellas las relaciones interpersonales. Por eso, es crucial identificar y tratar a tiempo la DPP, ya que de esta manera se contribuye al desarrollo sano del bebé, al equilibrio emocional de la madre y a una conexión afectiva sólida entre ambos. ⁽²⁸⁾

La participación en diversos grupos de apoyo con otras madres que experimenten DPP, es considerada como una de las terapias no farmacológicas, pues se puede proporcionar un sentido de comunidad y comprensión, así como varias estrategias de afrontamiento que pueden resultar útiles como la práctica de ejercicio de manera regular, añadiendo una dieta saludable y el cuidado personal pueden mejorar el ánimo de las madres que empiezan a experimentar síntomas de DPP. El tratamiento debe ser integral, es decir, conformado por un equipo multidisciplinario donde se incluya a médicos, psicólogos, enfermeras, trabajo social, etc., para que el enfoque de atención hacia las pacientes sea completo. ^(21,29)

Además, la creación de grupos de apoyo facilita la experiencia de manera indirecta en las madres, pues mejora progresivamente su salud tanto física como mental. Por esta razón, es fundamental que los profesionales de salud los acompañen para que puedan guiar y reconocer sus esfuerzos tanto individuales como colectivos y fomentar el desarrollo de estrategias

enfocadas en el fortalecimiento de las mujeres. Estas iniciativas surgieron con el objetivo de responder a las necesidades durante el parto y para la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. De esta manera, se ha demostrado su efectividad para mejorar la salud de la madre y el niño, siendo implementadas hoy en día en ámbitos públicos y privados. La educación prenatal tiene como finalidad proporcionar información a futuros padres, ayudándolos en preparación para el parto y la crianza del recién nacido. Por esta razón, es importante que las mujeres y sus parejas participen en programas educativos, lo que puede permitirles vivir el parto de manera positiva, experimentar un posparto con mínimas complicaciones y lograr una lactancia exitosa. ^(29,30)

La Atención Primaria de Salud (APS), es el nivel donde se realiza la captación de las pacientes embarazadas, es decir, prioriza la atención de salud de las mujeres, pues aquí es donde la mayoría de programas dirigidos hacia las embarazadas y puérperas se desarrollan. La educación a las madres es primordial y puede ser compartida de dos maneras, sea de manera grupal, intercambiando información sobre las experiencias de las pacientes o de manera individual, donde el personal de enfermería son los indicados para realizar estos programas de educación maternal, por lo que el personal debe estar preparado en estos temas, pues ejercerán roles de educadores y promotores de salud. En la actualidad se muestran indicadores que evidencian la falta de información, cuidados, atención no personalizada, necesidad en los cuidados para la madre y el recién nacido, pero sobre todo mayor cercanía de los profesionales de enfermería con las pacientes. ^(31,32)

Este es el principal motivo por el cual, los enfermeros deben conservar y realizar una valoración de los factores de riesgo y la presencia de signos y síntomas de DPP, teniendo en cuenta el estado de ánimo y la forma de interactuar con la pareja o familia, puesto que el personal de enfermería tiene intervenciones dependientes e independientes, así como la utilización de escalas que ayudan en la detección precoz de cuadros depresivos, ayudando a captar pacientes que muestren un mayor riesgo para desarrollar esta patología con el propósito de realizar una intervención temprana. La hospitalización o referencia a tercer nivel puede ser requerida (Anexo 2), lo antes posible, especialmente cuando la patología no responde al tratamiento farmacológico o cuando la conducta de la mujer sea extrema, pues que esto representa un riesgo significativo de suicidio o de daño al bienestar de su hijo. ^(30,32)

Por esta razón, se considera imprescindible el uso de una teoría enfermera como la Teoría de la Depresión Posparto desarrollada por Cheryl Tatano Beck, la cual ayuda a las enfermeras a comprender el proceso que atraviesan las mujeres durante el posparto, así como la importancia del apoyo social, elemento que la autora integra como parte central de su planteamiento, pues Beck define la DPP, como un trastorno del estado de ánimo, donde se

puede identificar: la pérdida de control de emociones, incluyendo síntomas de inseguridad, ansiedad, sentimientos de soledad, culpa, dificultad para concentrarse, vergüenza e incluso pensamientos autolesivos o de hacerle daño a su hijo .⁽³³⁾

Esta teoría comprende cuatro etapas, además de veinte y dos conceptos, en los que se incluyen síntomas, factores de riesgo y factores predictivos; la primera etapa denominada: encuentro con el terror, que ocurre entre las primeras semanas hasta 6 meses después del parto, aquí la madre puede sentirse de manera abrupta, atrapada sin tener una posibilidad de escape, presentando ansiedad o incluso pensamientos obsesivos que ocurren a menudo en su mayoría en horas de vigilia e interfiere al momento de dormir y en horas de vigilia, siendo los síntomas referidos: agotamiento físico y mental, el cual conduce hasta la próxima fase denominada como la niebla envolvente, donde se pierde la concentración y las habilidades motoras, provocando respuestas involuntarias. ^(33,34)

La segunda etapa es la muerte de sí misma, donde las madres experimentan una desconexión profunda con su identidad, comparándose, como un ser sin emociones y sin la presencia de cariño, empieza el aislamiento como efecto de la pérdida de interés en actividades que antes las encontraba placenteras realizarlas con familia y amigos, llegando al intento de autodestrucción o a causar daño al bebé llegando a fantasear con la muerte. ⁽³²⁾

La tercera etapa, es aquella donde las mujeres luchan por sobrevivir e incluso pueden presentar dificultades para participar en actividades de la vida diaria, muchas veces pueden sentir que luchar contra corriente y al buscar ayuda enfrentan una decepción, frustración, ira y humillación por la falta de asistencia tanto de su familia como de los servicios de salud y al encontrar esto suele recurrir a la oración para sentir alivio y acudir a grupos de apoyo para buscar consuelo. ⁽³⁴⁾

La etapa final es en la que se recupera el control, durante un proceso lento las mujeres experimentan días buenos y malos, tomando consciencia que el tiempo que ha pasado ha sido perdido y no se podrá recuperar sobre todo con su bebé, por esto la recuperación total está reservada debido a la sensación que puede presentar cada mujer como si la depresión se anticipará a atacarlas de nuevo. ⁽³⁴⁾

La teórica Cheryl Tatano organiza sus veinte y dos conceptos claves de la teoría, en distintas categorías. El concepto 1: los trastornos del estado de ánimo; concepto 2: perdiendo el control, donde se incluye las cuatro etapas del proceso; concepto 3-15: incluye factores como

las depresión prenatal, el estrés relacionado con el cuidado del niño, eventos estresantes de la vida, apoyo social, ansiedad durante el embarazo, satisfacción en relación de pareja, antecedentes personales de depresión, temperamento del recién nacido, tristeza de la madre, autoestima, situación económica, estado civil y embarazos no planeado o no deseado. Finalmente, los conceptos 16-22: abarcan alteraciones del sueño y de la depresión, ansiedad e inseguridad, inestabilidad emocional, confusión mental, pérdida del sentido de sí misma, sentimientos de culpa y vergüenza, pensamientos suicidas, es así como los cuidados de enfermería se vinculan directamente con la teoría, facilitando su comprensión de lo que las madres atraviesan y orientando de manera efectiva el rol de las enfermeras en su atención.

(34)

Por esto, la aplicación de la teoría se convierte en una práctica para mejorar la atención de enfermería en salud materna, pues los puntos de conexión son: valoración integral, donde las enfermeras observen los signos físicos, psicológicos y emocionales, aplicando escalas donde sea principalmente la EPDS, además de la entrevista con las pacientes ayudando de esta manera la detección temprana; escucha activa, destacando la importancia de que las madres se sientan comprendidas, así el personal enfermero debe validar las emociones de las pacientes sin juzgarlas y creando un espacio seguro; educar y apoyar, aquí las enfermeras como parte de su rol como educadora, deben informar a la madre y su entorno sobre la DPP, para ayudar a reducir el mito de que no es importante y así las madres puedan buscar ayuda.

(32,34)

Coordinación de intervenciones, puesto que el personal enfermero actúa como vínculo entre las pacientes y otros profesionales de la salud, es decir, que ayuda a activar las redes de apoyo para realizar las derivaciones necesarias sea a psicología, trabajo social o medicina general, facilitando de esta manera el tratamiento temprano; impulsar la recuperación emocional, aquí el personal enfermero acompañan a las pacientes en el proceso para regresar a ser ellas mismo, para ayudarlas a reconstruirse garantizando el seguimiento periódico, brindando así un cuidado más humanizado, afectivo y cercano para que las madres no se sientan solas. (32,34)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El presente estudio corresponde a una investigación documental de tipo descriptivo, basada en una revisión bibliográfica utilizada para identificar los cuidados de enfermería en pacientes con depresión posparto. La información se obtuvo a partir de fuentes documentales, consultadas en bases de datos actualizadas, utilizando técnicas de análisis, síntesis y sistematización que permitieron interpretar adecuadamente la literatura seleccionada. Posteriormente, se organizó y examinó la información contenida en los artículos que abordaban específicamente el tema de los cuidados de enfermería en depresión posparto.

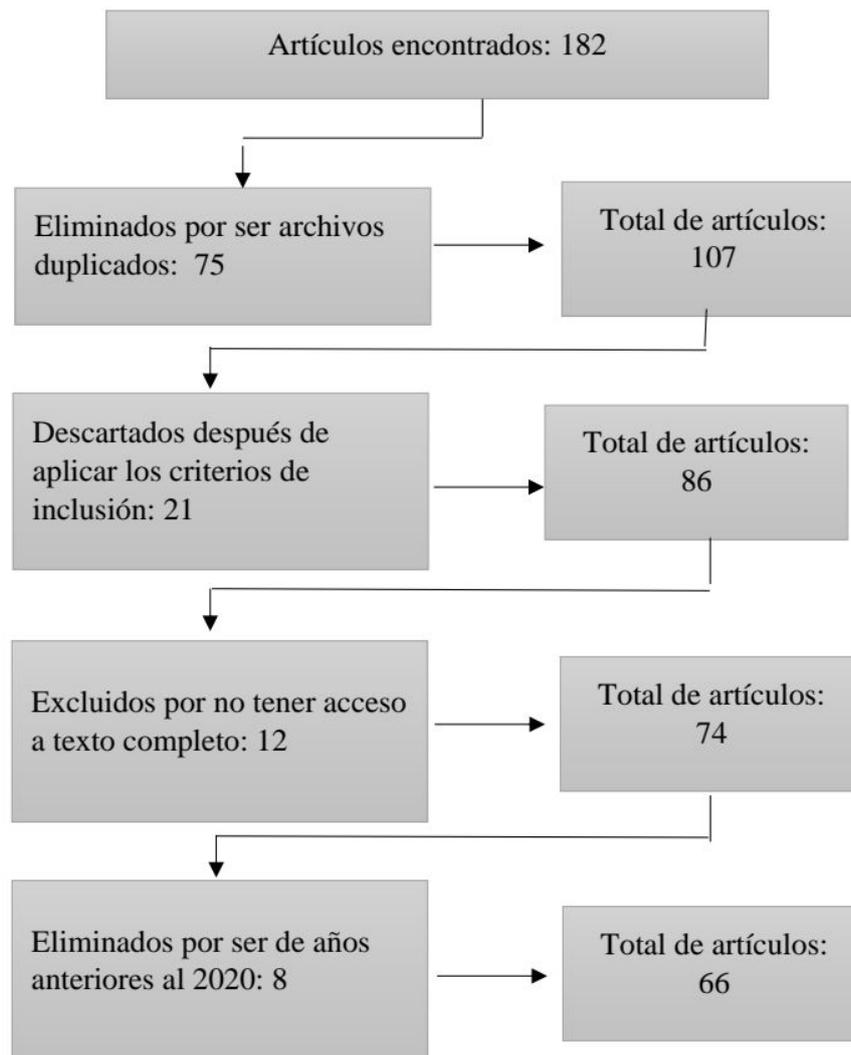
La recopilación de datos se llevó a cabo a través de libros y revistas científicas indexadas disponibles en motores de búsqueda académicos reconocidos como: Google académico, Scielo, Dialnet, Redalyc, Elsevier, PubMed, así como en publicaciones como la revista Sanitaria de Investigación y la Revista de Ginecología y Obstetricia. También se consultaron sitios web institucionales como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud Pública (MSP), entre otros organismos nacionales e internacionales, repositorios universitarios, artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica. En total, se recopilaron 182 artículos.

Para establecer los criterios de inclusión, se seleccionaron artículos científicos escritos en español, que hayan sido publicados entre los años 2020 y 2025, sin limitación de idioma, con disponibilidad en texto completo ya sea en línea o para descarga. Se utilizaron términos clave como: salud mental, cuidados de enfermería, depresión posparto, factores de riesgo, prevención, estadísticas, valoración e intervención enfermera. En cuanto a los criterios de exclusión, se destacaron publicaciones anteriores a 2020, duplicados, textos sin autor, sin fecha de publicación o sin acceso completo de contenido. (Figura 1)

El análisis se desarrolló en tres fases: en la primera se identificaron las bases de datos relevantes y se aplicaron los criterios de selección, en la segunda se analizaron los artículos seleccionados considerando aspectos como: objetivos, metodología, resultados y conclusiones; y finalmente, se realizó una triangulación de la información recopilada. Esta última fase permitió presentar de forma descriptiva los principales factores de riesgo, signos y síntomas, diagnósticos, opciones terapéuticas y cuidados de enfermería para pacientes con depresión posparto, así como las coincidencias y diferencias entre los enfoques de distintos autores. También se incluyeron aspectos sociales, psicológicos y económicos. Cabe resaltar

que durante todo el proceso investigativos se respetaron principios éticos, aplicando el sistema de citación conforme a las normas Vancouver.

Figura 1.Proceso de lección de fuentes



Autor: Lluquin A.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Es imprescindible considerar los factores de riesgo que pueden presentar las mujeres durante el posparto, ya que esta genera miedo, incluso presenta inseguridad al momento de recibir atención por parto del personal de salud para la madre y su recién nacido, lo que genera una sobrecarga psicológica siendo propensa a desarrollar DPP.

Por esto, Minotta A. et. al. ⁽⁶¹⁾, Fernandes M. et. al. ⁽³⁸⁾ y Herrera E. et. al. ⁽³⁹⁾, refieren que los principales factores de riesgo que afectan a la madre durante el posparto son los problemas familiares, problemas de pareja, estado civil de la madre, edad, falta de apoyo social, eventos estresantes de la vida diaria, aumentan la probabilidad de desarrollar la patología. Sin embargo, Antúnez M. et. al. ⁽³¹⁾, añaden que la situación geográfica para el difícil acceso a establecimientos de salud e incluso el consumo de sustancias ilícitas son otros de los factores de riesgo de que influyen en las madres.

Para Viquez M. y Valverde K. ⁽⁴⁰⁾, Sanabria L. et. al. ⁽⁴¹⁾, Herrera E. et. al. ⁽³⁹⁾ y Luque N. et. al. ⁽⁶⁴⁾, la presencia de depresión posparto en las madres, los antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia, además de las dificultades económicas son condiciones que exponen a un mayor riesgo a las mujeres que el estrés por todo tipo de preocupaciones hace que incluso se produzcan abortos y posteriormente baja autoestima, convirtiéndose así en factores de tipo psicológico que afectan a las embarazadas. Así también, Matsumura K. et. al. ⁽⁴²⁾, Chen L., Shi Y. ⁽⁵⁴⁾, mencionan que las mujeres que son separadas de su recién nacido después del parto y si tienen un nivel educativo bajo son las propensas a presentar miedo o ansiedad al momento del parto, por la falta de información o falta de comprensión en la información otorgada por el personal de salud en los controles que se realizan asociándolo con una mayor prevalencia de DPP.

Además, la situación económica, el entorno de una vida pobre y el disminuido acceso a servicios de salud afecta a las mujeres pues la presión de los cuidados que se debe tener con los recién nacidos es elevada y la calidad de vida en la madre se ve afectada, pues la mujer tras pasar por un parto también necesita cuidados y al no tener un ambiente familiar o con su pareja la carga mental en ella aumenta para que la enfermedad se vaya desarrollando.

Fernández M. et al. ⁽³⁸⁾, Antunez M. et al ⁽³⁷⁾, indica que las mujeres pueden experimentar momentos de irritabilidad, insomnio, ansiedad, inestabilidad en el estado de ánimo incluyendo signos de confusión, preocupación excesiva que se intensifica, llegando a tener ideas suicidas o que en algunas ocasiones pueden producir algún tipo de daño físico al bebé. Las mujeres que tienden a presentar los síntomas, afectan a su diario vivir tanto a nivel físico como psicológico, pues los niveles de secreción de cortisol o conocida como la hormona del estrés aumentan por lo que el diagnóstico oportuno y sobre todo la adherencia a un tratamiento farmacéutico o alternativo es primordial, incluyendo el seguimiento por parte del personal de salud.

Sin embargo, Abellanas B. et. al. ⁽⁶³⁾ y Antunez M. et. al. ⁽³⁷⁾, mencionan que las madres presentan pérdida de peso, rechazo a la comida, sensación de ser mala madre, no sentirse capaz de cuidar al bebé y después de esto muestran sentimiento de culpa por haber tenido esta sensación de miedo, lo que paulatinamente lleva a una disminución de la interacción madre-hijo afectando a su vínculo.

Así también para el diagnóstico adecuado Valdez C. ⁽⁴³⁾, López A. et. al. ⁽⁴⁴⁾, Sanabria L. et. al. ⁽⁴⁵⁾, Espinosa F. ⁽⁵⁹⁾ y Macías E. et. al. ⁽⁶⁶⁾ señalan que el uso de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es la más adecuada pues valida los síntomas y su gravedad, al ser una herramienta de fácil uso y comprensión, hacen que el personal de salud la use sin dificultad, desde el primer nivel e atención cuando la mujer acude a los controles prenatales hasta los 6 meses posteriores al parto, sin embargo, Deyanova N. et. al. ⁽⁴⁶⁾, menciona que además de la EPDS, el invento de depresión de Beck y la escala de Montgomery-Asberg puede usarse como complemento para el diagnóstico de esta patología, pues ayudan a describir los síntomas y actitudes que las pacientes pueden presentar y ayudan a medir los niveles de gravedad de los síntomas después de la aplicación del tratamiento seleccionado para las pacientes.

Es por esto que, Fernández M. et. al. ⁽³⁷⁾, Viquez M. et. al. ⁽⁴⁰⁾ y Antúnez M. et. al. ⁽³⁸⁾, mencionan que para el tratamiento se puede emplear la farmacoterapia, donde los inhibidores

de la recaptación de serotonina como paroxetina y sertralina son los medicamentos de primera línea, se debe incluir el uso de benzodiazepinas, sobre todo los de vida media corta pues se eliminan de manera rápida del cuerpo y sirven para tratar la agitación y ansiedad, pues son seguros para la madre y el recién nacido pues no producen efectos en ninguno, sin embargo, la hospitalización durante el tratamiento debe ser obligatoria en casos de depresión moderada y severa.

Por otra parte, Narro M. et. al. ⁽⁶⁵⁾, indican que el tratamiento farmacológico, debe ser optado en madres con depresión moderada, severa y las que no responden de manera adecuada a otros tratamientos no farmacológicos, sin olvidar que todo fármaco atraviesa la placenta por lo que se sugiere que el uso debe ser limitado antes de la semana 12 de gestación y valorar el riesgo- beneficio. Así mismo, Deligiannidis K et. al. ⁽⁴⁷⁾, indica que la Zuranolona mejora los síntomas centrales de la DPP, pues es bien tolerada por las pacientes, sus efectos secundarios son mínimos pero la lactancia debe ser suspendida durante el tratamiento, además es el primer fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

En cuanto al tratamiento no farmacológico, los autores Gracia C. et. al. ⁽⁵⁷⁾, Arévalo G. et. al. ⁽⁶⁰⁾, Antúnez M. et. al. ⁽³⁷⁾ y Viquez M. et. al. ⁽⁴⁰⁾, indican que tanto las intervenciones sociales como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son dos tipos de psicoterapia que muestran eficacia para disminuir los síntomas depresivos en el posparto y una mejor relación entre la madre y el bebé, pues ayudan a las mujeres a cambiar patrones de pensamiento y de comportamiento mejorando sus habilidades, fortaleciendo sus relaciones interpersonales, para alentar a la madre a hablar sobre cómo se siente o que le sucede, razón por la que debe realizarse reuniones grupales o individuales con una duración aproximada de una hora en el periparto y en el posparto, para fortalecer los conocimientos adquiridos previamente y ayudar en la adaptación al regresar a casa.

Sin embargo, De Molina M. et. al. ⁽⁶²⁾ y Valverde N. et. al. ⁽⁴⁸⁾ por su parte señalan que, las intervenciones breves como la psicoterapia psicodinámica, son consideradas como tratamientos preventivos al realizarse con el periodo perinatal, con un seguimiento postparto de hasta 6 meses posteriores al parto, para lograr minimizar riesgos y evitar consecuencias graves en la madre y en el bebé, donde el personal de enfermería planifique reuniones para realizar actividades de psicoeducación, programas de meditación, relajación, musicoterapia,

aromaterapia, eliminación de estrés y la realización de actividades lúdicas para fortalecer y mejorar su bienestar emocional y social.

Alcala M. et. al. ⁽⁴⁹⁾, Clarke I. ⁽⁵⁰⁾, Heredia S. et. al. ⁽⁵⁵⁾, coinciden en que los cuidados brindados por el personal de enfermería deben ser centrados en la educación de las pacientes, por lo que se debe crear talleres que aborden esta temática, para que se pueda compartir la información sobre esta patología, no solo a las pacientes sino también a su familia o pareja, incluyendo entrega de material didáctico, además la realización de la valoración por parte de enfermería con la utilización de escalas en los controles prenatales y posparto que se realiza a la madre, ayuda a la identificación de los síntomas de manera temprana, mejorando la calidad de vida de la madre, su hijo y entorno.

Por su parte, Daggati N. et. al. ⁽⁵¹⁾, mencionan al personal de enfermería como quienes más tiempo están al cuidado directo de las madres, pues se encuentran junto a ellas en el embarazo, parto y posparto, gracias a esto, las pacientes pueden sentirse protegidas, seguras y acompañadas, ya que tienen a alguien que las podrá guiar durante todo este proceso, haciendo que su salud física y mental mejore, logrando disminuir ansiedad, niveles de estrés y la depresión posparto. Por su parte, Dominguez M. et. al. ⁽⁵⁸⁾, indican que las enfermeras al realizar una valoración exhaustiva de las pacientes, la aplicación de intervenciones se vuelve más sencilla, pues priorizan el nivel de conocimientos previos de la paciente sobre la patología, para tener un punto de partida adecuado, para ampliar conocimientos y también se debe fomentar la realización de hábitos diarios, consiguiendo de esta manera incentivar a la madre a volver progresivamente al régimen de vida que tenía previamente.

De igual manera, La Caja Costarricense de Seguro Social ⁽⁵³⁾ y Pérez M. et. al. ⁽⁵⁶⁾, hacen referencia a la creación de un servicio seguro debe garantizar la atención respetuosa, con privacidad de la información, sin prejuicios, en un ambiente acogedor para las madres, con un enfoque de atención integral, por parte de un grupo multidisciplinario donde el entorno de apoyo, ayude a reducir la discriminación por las condiciones de su salud mental, garantizando una atención respetuosa, donde la promoción y prevención sean los mayores ejes en los que se desarrollen las actividades mediante la psicoeducación, el manejo del estrés mediante ejercicios de relajación, el apoyo social también es importante, pues la educación de las madres debe ir en conjunto con su pareja o familia, para formar una red de apoyo en las mujeres, el desarrollo de actividades para incrementar sus habilidades en la vida también es importante pues estas ayudan a las madres a disminuir los síntomas o de igual manera para

fortalecer su concentración, asegurando la atención en primer y segundo nivel de manera integral.

Además, la OMS ⁽⁵²⁾, incluye en su guía que las mujeres que presenten depresión moderada o severa, deben realizar el tratamiento con intervenciones específicas con psicólogos o psiquiatras, donde deben ser todo el tiempo supervisadas por el equipo multidisciplinario y el equipo de enfermería podría realizar actividades como técnicas de respiración, relajación, meditación, aromaterapia, musicoterapia o incluso actividades lúdicas para aprender a desarrollar habilidades y mejorar su bienestar emocional y social, posteriormente a todo este tratamiento, se debe realizar una reevaluación y si no existe mejoría se debe referir a la paciente a un establecimiento de tercer nivel.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- A través del análisis de diferentes autores, se ha podido identificar que los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la atención de las pacientes que experimenten DPP y sobre todo en los cuidados de enfermería donde principalmente se basen en la teoría de Cheryl Tatano, pues no solo se centra en el aspecto físico sino también los aspectos psicológicos y sociales, ayudando así a la madre y familia.
- La atención de enfermería debe tener un enfoque preventivo en las mujeres embarazadas según sus necesidades, donde las intervenciones sean elaboradas con la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC NIC, para fortalecer la promoción de la salud, prevención de la patología y funcionando como guía para brindar una atención integral a las pacientes, asegurando un enfoque completo y eficaz en su educación y cuidado de la salud.
- El proporcionar información accesible y comprensible para las pacientes sobre la patología, debe realizarse mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, al igual que el uso de materiales educativos que promueva la toma de decisiones en la parte terapéutica y emocional con el fin de promocionar un entorno saludable y seguro para que el vínculo entre la madre y su hijo se fortalezca.

5.2. Recomendaciones

- Se sugiere al personal de enfermería la implementación de programas de intervención temprana y continua en los diferentes niveles de atención, donde la información se centre en la identificación y manejo de factores de riesgo y la sensibilización sobre salud mental de manera integral, dirigidos a las madres.
- Se recomienda al personal de salud, en especial de enfermería, el recibir información y capacitación continua, especializada y actualizada sobre el manejo adecuado de estas pacientes, donde la información incluya, técnicas de identificación de signos y síntomas, factores de riesgo, antecedentes y estrategias de apoyo a las pacientes en la gestión de su bienestar emocional.
- Es importante que el personal de enfermería desarrolle intervenciones mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), con el fin de fomentar la promoción, prevención y curación mediante su tratamiento, ayudando a las mujeres embarazadas y a su familia a ser informados sobre esta patología, para que así puedan asistir a centros de salud más cercanos y buscar ayuda de manera oportuna para evitar complicaciones sin ningún tipo de discriminación por su condición.

BIBLIOGRAFÍA

1. PAHO. Depresión posparto, un problema de salud pública. [Internet] 2018 [citado 06 dic 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
2. American Psychiatric Association. ¿Qué es la depresión perinatal? [Internet] 2024 [citado 15 dic 2024]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/La-Salud-Mental/La-depresion-perinatal/%C2%BFQue-es-la-depresion-perinatal>
3. Ayuso J, Vieta E, Arango C. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. ed. Estados Unidos de América: Editorial Medica Panamericana; 2014.
4. Acuña A, Ramirez E, Azofeifa M. Depresión postparto. [Internet] 2021 [citado 28 nov 2024]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712/1288>
5. Villegas N, Paniagua A, Vargas J. Generalidades y Diagnóstico de la depresión posparto. [Internet] 2019 [citado 14 dic 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
6. Rodriguez M., Motrico E., Miguez C., Chaves C., Suso C., Duque A., et al. La depresión perinatal en el contexto español: informe de concejo del concejo general de psicología de España. Clínica y Salud. [Internet] 2023 [citado 27 nov 2024];34(2):1-8.Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742023000200002&script=sci_arttext
7. Marcos R., Rodriguez M., Asunción M., Navarrete L., Nhu H. Un análisis transcultural de la prevalencia y los factores de riesgo de depresión prenatal en España y México. [Internet] 2020 [citado 18 dic 2024]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-020-09691-5>
8. Miguez M., Vazquez M. Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres españolas, trayectoria y factores de riesgo en cada trimestre. MDPI [Internet] 2021 [citado 29 nov 2024]; 18(13): 1-14. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8297098/pdf/ijerph-18-06789.pdf>
9. Sanabria L., Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet] 2023 [citado 28 de nov 2024]; 91(4): 1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2023/gom234b.pdf>
10. Rodríguez D. Caracterización de la depresión posparto en madres de 20 a 40 años Riobamba. [Internet] Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020 [citado 29 nov 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6792/1/TESIS%20Diego%20David%20Rodr%C3%ADguez%20Tapia-MED.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública (MSP). Maternidad Segura y primera infancia. De la concepción a los 5 años. [Internet] 2018 [citado 28 nov 2024]. Disponible en:

<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/GUIA-MATERNIDAD-Y-PRIMERA-INFANCIA-JUNIO-CON-OBS.pdf>

12. Muñoz K., Yari C. Factores de riesgo de depresión posparto. Centro de Salud Lizarzaburu [Internet] Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2022 [citado 30 nov 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9367/1/Mu%C3%B1oz%20S%C3%A1nchez%20CK%20Yari%20Alvacora%20CC%282022%29%20Factores%20de%20Riesgo%20de%20Depresi%C3%B3n%20Postparto.%20Centro%20De%20Salud%20Lizarzaburu.%20Riobamba%202021.%20Tesis%20de%20pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%20Riobamba%20Ecuador.pdf>
13. Iglesias J., Morillas R. Cuidados de la matrona de atención primaria en la depresión posparto. NPunto [Internet] 2020 [citado 25 nov 2024]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/22/cuidados-de-la-matrona-de-atencion-primaria-en-la-depresion-postparto-a-proposito-de-un-caso>
14. Lopez L., Navarro R., Taramino N. Manual AMIR ginecología y Obstetricia. 17ª ed. España: Amir; 2022
15. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal. [Internet] 2024 [citado 28 nov 2024]. Disponible en: <http://nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/depression-perinatal.pdf>
16. Martín N., Casilari C., Antunez M., Merida F. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. Enferm. Cuid [Internet] 2022 [citado 28 nov 2024]; 5(3): 19-29. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4951#:~:text=El%20embarazo%20se%20determina%20como,d%C3%ADa%20a%20los%2042%20d%C3%ADas>
17. OASH Oficina para la salud de la mujer. Depresión posparto [Internet] 2020 [citado 25 may 2024] Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
18. OWH. Depresión posparto. [Internet] 2020 [Citado 25 Nov 2024]. Disponible en: https://espanol.womenshealth.gov/img/hhswomenshealth/ES_5696.pdf
19. Moldenhauer J. Depresión posparto. [Internet]. 2024 [citado 12 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto?query=moldenhauer%20depresion%20posparto>
20. Najera M., Rodríguez M., Marcos R., Asunción M., Navarrete L., Nhu H. Un análisis transcultural de la prevalencia y los factores de riesgo de depresión prenatal en España y México. [Internet] 2020 [citado 14 ene 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-020-09691-5>
21. Ridruejo I., Guzmán M., Agudo F., Ferrezuela Y., Berges O., Mingote L. Depresión Posparto: causas, diagnóstico y tratamiento. RSI [Internet]. 2024 [citado 14 Ene

- 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto-causas-diagnostico-y-tratamiento/>
22. Fernandez S., Cetina V. Depresión posparto: Escala de Edimburgo. Meridiano. Rev Colomb. Salud mental [Internet] 2023[citado 27 nov 2024]; 2(1): 10-13. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/meridiano/article/view/687/596>
 23. García G., Romero H., Mauqui G. Factores desencadenantes de la depresión pos parto en las adolescentes. Mas Vita. Rev. Cien. Salud [Internet] 2020 [citado 28 nov 2025]; 2(2): 27-34. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/129/492>
 24. Valverde N, Gómez M., Mollejo E. Intervención psicológica breve para prevenir la depresión posparto. Rev. Clin. Contemporánea [Internet] 2024 [citado 28 nov 2024]; 15(20): 1-14. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2024v15n3a4.pdf>
 25. Malpartida M. Depresión posparto en atención primaria. Rev. Med. Sinergia [Internet] 2020 [citado 2 dic 2024]; 5(2): 2-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
 26. Meseenger S. La eficacia del ácido fólico en la depresión. [Internet] 2024 [citado 2 dic 2024]. Disponible en: <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/35709/1/MESSENGER%20NOLLA%20STEPHANIE.pdf>
 27. Castillo Y., Jiménez J. depresión posparto y vínculo afectivo madre hijo. [Internet] 2023 [citado 12 dic 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/596386779.pdf>
 28. Becerril M. Depresión posparto e intervención enfermera. [Internet] 2021 [citado 20 Dic 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/483540665.pdf>
 29. Pérez G., Ortiz D., Niño D., Gómez L., Bayona K. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto. MED UIS [Internet] 2021 [citado 27 dic 2024]; 34(1): 73-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-03192021000100008&script=sci_arttext
 30. CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. [Internet] 2021 [citado 07 ene 2025]. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
 31. Fuentes M. Actuaciones de Enfermería en la depresión posparto. Cyberindex [Internet] 2024 [citado 07 ene 2025]. Disponible en: <https://www.ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e15510/e15510>
 32. Butkus S. Enfermería materno-neonatal. 4ta. ed. España: Wolters Kluwer; 2020
 33. Allgood M. Modelos y teorías en enfermería. 9na. ed. España: Elsevier; 2018

34. Moreira M. factores de riesgo psicosociales que influyen en la depresión posparto [Internet] 2022 [citado 16 ene 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7993/1/UPSE-TEN-2022-0090.pdf>
35. Barreto A., Cáceres N., Caicedo M., Correa M., Gómez L., Penagos M. La depresión perinatal en gestantes que acuden a una subred de salud desde la percepción de un grupo de enfermeras. [Internet] 2022 [citado 16 ene 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/57d320a1-3275-4ef4-80a8-9adb3925d589/content>
36. Miranda M. Depresión posparto y apoyo social funcional en mujeres de una unidad de primer nivel de atención. [Internet] 2021 [citado 16 ene 2025]. Disponible en: [https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/78f4fef0-6fc5-4b60-9c26-aec13e6cf5b8/content#:~:text=.%2C%202017\).-.1.2.%20Ubicaci%C3%B3n%20del%20problema%20de%20investigaci%C3%B3n%20en%20la%20teor%C3%ADa.Pi%C3%B1a%20y%20Rivera%2C%202007\).](https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/78f4fef0-6fc5-4b60-9c26-aec13e6cf5b8/content#:~:text=.%2C%202017).-.1.2.%20Ubicaci%C3%B3n%20del%20problema%20de%20investigaci%C3%B3n%20en%20la%20teor%C3%ADa.Pi%C3%B1a%20y%20Rivera%2C%202007).)
37. Antúnez M., Martín N., Casilari J., Mérida F. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. Enfermería Cuidándote. [Internet] 2022 [citado 4 Feb 2025]; 5(3): 19-28. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4950>
38. Fernandes M., Matos A., Beirigo G., Arena C., Pires F., Silva T. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. Enferm. Glob.[Internet] 2022 [citado 4 feb 2025]; 22(69): 134-142. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100005
39. Herrera E., Carriel M., García A. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. Revistas de Investigación en Salud VIVE. [Internet] 2022 [citado 4 Feb 2025]; 5(15): 679-685. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432022000300679
40. Viquez M., Valverde K. Detección temprana de la depresión posparto. Revista Ciencia y Salud. [Internet] 2022 [citado 8 feb 2025]; 6 (5): 37-43. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/474/565>
41. Sanabria L., Ibarra P., Rendón M., Treviño P., Islas D., Porrás G., Van Ximena. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecol. Obstet Mex. [Internet] 2025 [citado 8 feb 2025]; 91(4): 227-140. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v91n4/0300-9041-gom-91-04-227.pdf>
42. Matsumura K., Hamazaki K., Tsuchida A., Kasamatsu H., Inadera H. Nivel educativa y riesgo de depresión posparto: resultados del estudio sobre medio ambiente y niños en Japón. Pub Med [Internet] 2019 [citado 8 Feb 2025]; 19(1): 419. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31882000/>

43. Valdés C., Crstoforone N. Descripción narrativa de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención. *Revista Primer Nivel* [Internet] 2023 [citado 20 Feb 2025]; 1(1): 16-23. Disponible en: https://sumefac.uy/wp-content/uploads/2023/09/Revision-Bibliografica_depresion-posparto_final.pdf
44. Sanabria L., Islas D., Flores M. Trastornos del estado de ánimo posparto. *Acta Med. GA* [Internet] 2022 [citado 20 Feb 2025]; 20(2): 173-177. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v20n2/1870-7203-amga-20-02-173.pdf>
45. Macías E., Lima V., Asbun J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac. Med. Mex* [Internet] 2020 [citado 1 Mar 2025]; 156 (3): 202-208. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v156n3/0016-3813-gmm-156-3-202.pdf>
46. Deyanova N., Figueres S., García G., Mazón A., Sallán B., Clavero L. Herramientas de detección de la depresión posparto. *RSI* [Internet] 2022 [citado 1 mar 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/herramientas-de-deteccion-de-la-depresion-posparto/>
47. Deligiannidis K., Meltzer S., Gunduz B., Doherty Jonas J., Sigui L., et. al. Efectos de la Zuranolona frente al placebo en la depresión posparto. *PubMed* [Internet] 2012 [citado 10 mar 2025]; 78(9): 1-9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8246337/>
48. Valverde N., Gómez M., Legarra I., Mollejo E. Intervención psicológica breve para prevenir la depresión posparto. *Revista Clínica Contemporánea* [Internet] 2024 [citado 10 mar 2025]; 15(20): 1-14. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2024v15n3a4.pdf>
49. Alcalá M., López L., Quintilla L., Peralta I., Klass D., Sanchez P. Intervenciones de enfermería en la depresión posparto. *RSI* [Internet] 2024 [citado 10 mar 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-en-la-depresion-posparto/>
50. Clarke I. Importancia de la actuación de enfermería en el abordaje de la depresión posparto. [Internet] 2020 [citado 21 mar 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/51907/TFG-O-1989.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Dagatti N. Conceptos para el desarrollo de cuidados de enfermería en Salud mental perinatal: una revisión narrativa. *CREAR en Salud*. [Internet] 2022 [citado 21 mar 2025]; 22-44. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/article/view/38537/38582>
52. Organización Mundial de la Salud. Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil. [Internet] 2022 [citado 21 mar 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
53. Caja Costarricense de Seguro Social. Manual Teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud. [Internet] 2022 [citado 28 mar 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.binasss.sa.cr/server/api/core/bitstreams/6bf224b6-0965-417e-b02d-6d4109ef650a/content>

54. Chen L, Shi Y. Análisis de factores influyentes y construcción de modelos predictivos de depresión posparto en mujeres embarazadas mayores. WJP [Internet] 2023 [citado 28 mar 2025]; 13(12): 1079-1086. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10768492/pdf/WJP-13-1079.pdf>
55. Heredia S., Morales s., Rivera T., Simbaña M. Rol de Enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del embarazo. Journal Scientific Investigar. [Internet] 2023 [citado 3 abr 2025]; 7(4): 52-75. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/677>
56. Pérez G., Ortiz D., Niño D., Gómez L., Bayona K. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistémica de los resultados en mujeres embarazadas con y sin factores de riesgo. MED UIS [Internet] 2021 [citado 3 abr 2025]; 34(1): 73-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v34n1/0121-0319-muis-34-01-73.pdf>
57. Gracia C. Abordaje d la depresión postparto mediante talleres de maternidad enfermeros. NPunto. [Internet] 2022 [citado 16 abr 2025]; 5(53): 157-159. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/62fdf4252bd32art6.pdf>
58. Domínguez M. Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. SANUM. [Internet] 2021 [citado 16 abr 2025]; 5(4): 38-46. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol5n4/Vol5n4-Articulos-PDF/sanum_v5_n4_a5.pdf
59. Espinosa F, Reyes O. Depresión posparto en pacientes de bajo riesgo atendidas en la maternidad del Hospital Santo Tomas. REVCOG. [Internet] 2020 [citado 25 abr 2025]; 24(1): 2.-9. Disponible en: <https://access.revistasmedicas.org/pdf/?code=eyJnaSI6Ijc5NCIsInNmaSI6IjE3NjciLCJsb2NhbGUiOiIiLCJsYWJlYm91IiBBERiIsImpvdXJuYWxfaWQiOiIzIiwicHVibGljYXRpb25faWQiOiI4MTIiLCJzdWJtaXNzaW9uX2lkIjojODY3In0=>
60. Arévalo G., Jaramillo J., Reivan G. Terapia Cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión posparto. Dialnet. [Internet] 2025 [citado 25 abr 2025]; 3(2): 365-394. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10167530>
61. Minotta A., Santamaría P., Cardona W. Revisión narrativa sobre la depresión posparto: un problema que cada día es mas común. Rev.chil.obstet.ginecol. [Internet] 2024 [citado 25 abr 2025]; 89(4): 271-278. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v89n4/0048-766X-rechog-89-4-271.pdf>
62. De Molina M., Ferre C., Vargas C. Cuidado de enfermería con terapia cognitiva conductual en la depresión postparto. Ciberindex. [Internet] 2021 [citado 25 abril 2025]; 18: 1-3. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carolina-Porras-5/publication/351050458_Cuidado_de_enfermeria_con_terapia_cognitiva_conductual_en_la_depresion_postparto_Archivos_de_la_Memoria/links/60814e982fb9097c0

[cfe6fdd/Cuidado-de-enfermeria-con-terapia-cognitiva-conductual-en-la-depresion-postparto-Archivos-de-la-Memoria.pdf](#)

63. Abellanas B., Marzo S., Ortega P., García I., Forner C., Morales C. Depresión Postparto. RSI [Internet] 2025 [citado 03 may 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto-articulo-monografico-2/>
64. Luque N., Brezuleanu I., Lou A., Basarte L., Pardos R., Refsuta R. Depresión postparto. RSI [Internet] 2023 [citado 03 may 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto-articulo-monografico/>
65. Narro M., Navarro E., Esteban Y., Domingo P., Salvador P., Barrera A. Importancia de la depresión perinatal. Detección, manejo y tratamiento. RSI [Internet] 2023 [citado 03 may 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-depresion-perinatal-deteccion-manejo-y-tratamiento/>
66. López A., Hernández N., Gracia C., Gómez L., Valdovinos R. Depresión postparto: prevalencia, diagnóstico y estrategias de intervención. RSI [Internet] 2024 [citado 03 may 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto-prevalencia-diagnostico-y-estrategias-de-intervencion/>

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)

ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Nombre:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se siente hoy.

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

Fuente: Fernández S. Depresión posparto: escala de Edimburgo

Figura 2. Diagnóstico y manejo de la depresión posparto en primer y segundo nivel de atención



Fuente: GPC. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión perinatal y posparto.

Tabla 2.Triangulación de Resultados

CATEGO- RÍA	AUTOR/AÑO	TEMA DEL ARTICULO	SIMILITUDES	DISCREPANCIAS	INTERVENCION ES DE ENFERMERÍA
Factores de riesgo	Antúnez Ortigosa María Martin Narváez Nuria Casilari Floriano José Carlos Merida de la Torre Francisco Javier 2022 Minotta Rivera Adriana	Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil	Los autores coinciden en que para la aparición de la depresión posparto se relaciona con diferentes factores de riesgo según Antúnez M, et al y Minotta A. et al, los más importantes son los conflictos con la pareja, falta de apoyo familiar o social, ^(37,61) de manera similar	Por otro lado, Antúnez et al, mencionan en su artículo que la situación geográfica, la aparición de eventos estresantes en su vida cotidiana, el consumo de sustancias ilícitas, falta de sueño y el difícil acceso a establecimientos de salud son considerados	-Realizar charlas con las madres en donde se brinde información sobre la DPP, incluyendo los factores de riesgo -Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.

	<p>Santamaria Relayza Percy Cardona Maya Walter 2023</p> <p>Fernandes Moll Marciana Matos Aldo Beirigo Borges Giovanna Arena Ventuna Carla Aparecida Pires Bernardinelli Fabiana Cristina Da Silva Martins Tayna 2023</p>	<p>Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto</p> <p>Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto</p>	<p>Fernandes M, et al en su artículo señalan que la edad materna y la relación familiar son los principales factores, ⁽³⁸⁾ mientras que Herrera E, et al mencionan de igual manera que el estado civil, y los problemas familiares incluidos los de pareja son los factores de riesgo más prevalentes en el desarrollo de la DPP pues producen estrés en las madres. ⁽³⁹⁾</p>	<p>factores de riesgo. ⁽³⁷⁾ En cambio, Fernandes M. et al indican que los bajos ingresos y el estado civil de la madre no representan un riesgo para el desarrollo de la enfermedad. ⁽³⁸⁾</p>	<p>- Enseñar técnicas de relajación como: técnicas de respiración, realización de actividades desestresantes como dibujar, pintar, leer o escuchar música.</p> <p>-Solicitar colaboración con el personal interdisciplinario para dar una solución a las madres que presenten mayor riesgo</p>
--	---	---	---	---	--

	<p>Herrera Dután Edgar Vinicio</p> <p>Carriel Álvarez María Gabriela</p> <p>García Pacheco Andrea Verónica</p> <p>2022</p>				
	<p>Viquez Quezada Maricela</p> <p>Valverde Chimchilla Katerine</p> <p>2022</p> <p>Herrera Dután Edgar Vinicio</p> <p>Carriel Álvarez María Gabriela</p>	<p>Detección temprana de la depresión posparto</p> <p>Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto</p>	<p>Viquez M. y Valverde K, Herrea E. et al, destaca a los antecedentes heredofamiliares, abortos previos, el historial previo de depresión y el nivel socioeconómico son los factores de riesgo</p>	<p>Antúnez M. et al, indican que la situación geográfica y el no ser un embarazo planificado son otras situaciones que pueden afectar a las madres mientras que Viquez M y Valverde K. mencionan que el</p>	<p>-Educar a las madres sobre cómo enfrentar la situación al llegar a su casa.</p> <p>-Informar a la madre, pareja y familia sobre factores de riesgo que pueden aparecer</p>

	<p>García Pacheco Andrea Verónica 2022</p> <p>Sanabria Leopoldo Santiago</p> <p>Ibarra Gussi Pamela Maria</p> <p>Rendon Macias Mario Enrique</p> <p>Treviño Villareal Paulina</p> <p>Islas Tezpa David</p> <p>Porras Ibarra Gina Daniela</p> <p>Van Tienhoven Ximena</p>	<p>Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana</p>	<p>más prevalentes. (39,40)</p> <p>Igualmente, Sanabria L. et al indican como principal factor de riesgo a los antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia, depresión previa, dificultades económicas y el ser soltera⁽⁴¹⁾</p> <p>Además, Luque N. et al afirman que el historial psiquiátrico previo, mala experiencia obstétrica y recursos económicos pueden</p>	<p>bajo autoestima, así como el embarazo en edades extremas es decir en madres adolescentes o en madres añosas se consideran como otros factores de riesgo que llegan a afectar a las embarazadas. (37,40)</p>	<p>en los primeros días posteriores al parto.</p> <p>-Colaboración para la creación de grupos de apoyo donde puedan relacionarse con profesionales y personas que han pasado el mismo proceso.</p>
--	--	--	---	--	--

	<p>2023</p> <p>Luque Gimenez Natalia</p> <p>Brezuleanu Iona Andreea</p> <p>Lou Moreno Ana Cristina</p> <p>Basarte Gaspar Laura</p> <p>Pardos Romano Raquel</p> <p>Refusta Ainaga Raquel</p> <p>2023</p>	<p>Depresión Postparto: artículo monográfico</p> <p>Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería</p>	<p>llevar a las pacientes al desarrollo de esta patología. ⁽⁶⁴⁾</p>		
--	---	--	--	--	--

	<p>Antúnez Ortigosa María</p> <p>Martin Narváez Nuria</p> <p>Casilari Floriano José Carlos</p> <p>Merida de la Torre Francisco Javier</p> <p>2022</p>				
	<p>Matsumura Kenta</p> <p>Hamazaki Kei</p> <p>Tsuchida Akiko</p> <p>Kasamatsu Haruka</p> <p>Inadera Hidekuni</p> <p>2019</p> <p>Chen Lei</p>	<p>Nivel educativo y riesgo de depresión posparto: resultados del Estudio sobre el Medio Ambiente y la Infancia en Japón.</p>	<p>Matsumura K et al, mencionan en su artículo que las mujeres con menor nivel educativo se asocian con una mayor prevalencia de DPP. ⁽⁴²⁾</p> <p>Del mismo modo, un estudio realizado por</p>	<p>Por el contrario, Herrera E. et al indican en su artículo que los factores que influyen para que se presente la depresión posparto son el embarazo no deseado, antecedentes previos</p>	<p>-Animar a las pacientes a organizar las tareas diarias, para evitar que se sientan estresadas o a que colapsen con las actividades del hogar y el cuidado del bebe.</p>

	<p>Shi Yun 2023</p> <p>Sanabria Leopoldo Santiago</p> <p>Ibarra Gussi Pamela Maria</p> <p>Rendon Macias Mario Enrique</p> <p>Treviño Villareal Paulina</p> <p>Islas Tezpa David</p> <p>Porras Ibarra Gina Daniela</p>	<p>Análisis de factores que influyen y construcción de modelos predictivos de depresión posparto en mujeres embarazadas mayores</p> <p>Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana</p>	<p>Chen L., Shi y. revelan que el nivel bajo de educación, la situación geográfica y la separación de la madre y el recién nacido posterior al nacimiento son los mayores influenciadores para producir un alto riesgo de desarrollar la patología. ⁽⁵⁴⁾</p> <p>Además, Sanabria L. et al, señala que un mayor grado de educación ayuda a disminuir la predisposición al apareamiento de DPP. ⁽⁴¹⁾</p>	<p>de aborto y la multiparidad. ⁽³⁹⁾</p>	<p>-Educar a la madre y familia sobre técnicas de relajación que puede aplicar para beneficiar la calidad de sueño antes de dormir como leer, tomar un baño o meditación.</p> <p>-ayudar a la madre junto con su familia o pareja a realizar actividades alternativas que ayuden a disminuir el estrés por la nueva etapa a la en la que se encuentran como</p>
--	---	--	--	---	---

	<p>Van Tienhoven Ximena 2023</p> <p>Herrera Dután Edgar Vinicio</p> <p>Carriel Álvarez María Gabriela</p> <p>García Pacheco Andrea Verónica 2022</p>	Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto			<p>caminatas cortas, juegos, etc.</p>
Signos y síntomas	<p>Fernandes Moll Marciana</p> <p>Matos Aldo</p> <p>Beirigo Borges Giovanna</p> <p>Arena Ventuna Carla Aparecida</p>	Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil	Fernández M et al indican que los síntomas se clasifican en físicos, que se caracterizan por niveles reducidos de energía, cansancio	Sin embargo, Antúnez M et al hace referencia que además de los signos y síntomas mencionados previamente, se	-Informar a la madre, pareja y familia sobre los signos y síntomas que pueden aparecer en los primeros días posteriores al parto.

	<p>Pires Bernardinelli Fabiana Cristina</p> <p>Da Silva Martins Tayna 2023</p> <p>Antúnez Ortigosa María</p> <p>Martin Narváez Nuria</p> <p>Casilari Floriano José Carlos</p> <p>Merida de la Torre Francisco Javier 2022</p> <p>Abellanas Alfaro Beatriz</p>	<p>Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería</p> <p>Depresión Posparto: artículo monográfico</p>	<p>intenso pérdida de apetito y psíquicos, donde incluyen dificultad de concentrarse, disminución de autoestima y sentimiento de culpa, (38) algo similar mencionan Antúnez M. et al pues según su estudio la incapacidad para descansar o insomnio, irritabilidad, ansiedad, inestabilidad del estado de ánimo, niveles de cansancio extremo, ansiedad</p>	<p>puede incluir signos de confusión, preocupación excesiva, rechazo a la comida y las ideas suicidas, las cuales contribuyen a desencadenar DPP en las pacientes. (37)</p> <p>De igual manera, Abellanas B. et al indica que las madres pueden presentar pérdida de peso, sensación de ser una mala madre, falta de interés por las actividades de la vida diaria, miedo por hacerle daño al bebe, sentimiento de culpa</p>	<p>-Enseñar a la pareja o familia a identificar los signos y síntomas de la DPP para que puedan reconocerlos y acudir con la paciente a una valoración</p> <p>-Realizar conversatorios con las madres y aplicar escucha activa para identificar problemas, factores de riesgos y la presencia de signos y síntomas en las pacientes tomando en cuenta un</p>
--	---	---	---	--	--

Marzo Beltrol Sandra Ortega poza Paula García Ascaso Ignacio Forner Roque Cristina Morales Sánchez Cristina 2025 Viquez Quezada Maricela Valverde Chimchilla Katerine 2022	Detección temprana de la depresión posparto	afectan en la secreción de cortisol conocida como la hormona del estrés. (37) Además Viquez M, Valverde K señalan que la tristeza, fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, disminución del apetito son los principales signos y síntomas que las madres pueden presentar frecuentemente. (40)	después de tener esa sensación de miedo y la disminución en la interacción con su hijo afectando de mayor manera su vínculo materno, teniendo consecuencias en el futuro escolar del mismo. (63)	ambiente adecuado para que así puedan expresar sus sentimientos y emociones sin sentirse juzgadas.
---	---	---	--	--

Diagnóstico	<p>Valdez Catherine Cristoforone Natalia 2023</p> <p>López Mendieta Alba</p> <p>Hernández Lafuente Noelia</p> <p>Gracia Piqueras Cristina</p> <p>Gómez Morante Lydia</p> <p>Valdovinos Garrido Raquel 2024</p>	<p>Herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención</p> <p>Depresión postparto: prevalencia, diagnóstico y estrategias de intervención</p>	<p>Los autores coinciden en que la detección de la depresión posparto puede llevarse a cabo mediante la valoración de los síntomas y sobre todo con la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) en la que se debe contestar preguntas por parte de la paciente, pues es sencilla y puede ser aplicada desde el primer nivel de atención en los</p>	<p>Según Deyanova N., et al. mencionan que las herramientas adecuadas para la detección de la DPP en las madres son el inventario de depresión de Beck donde se puede describir los síntomas característicos de la patología y las actitudes que pueden mostrar las pacientes y la escala de Montgomery-Asberg que ayuda a medir la gravedad de los síntomas depresivos posteriores al</p>	<p>Crear un ambiente tranquilo e íntimo para las madres que realicen el test</p> <p>Brindar y garantizar privacidad al momento de la realización del test</p> <p>Explicar a las madres en que consiste las escalas y por qué se las realiza.</p> <p>Corroborar que las preguntas sean entendidas por las madres antes de ser respondidas</p>
-------------	--	---	---	--	--

	<p>Sanabria Santiago Leopoldo</p> <p>Islas Tezpa David</p> <p>Flores Ramos Mónica 2022</p> <p>Espinosa F. Reyes O. 2020</p> <p>Macias Cortes Emma del C.</p> <p>Lima Gómez Virgilio</p> <p>Asbun Bojalil Juan</p>	<p>Trastornos del estado de ánimo en el posparto</p> <p>Depresión Posparto en pacientes de bajo riesgo atendidas en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá</p> <p>Exactitud diagnóstica de la escala de depresión posnatal de Edimburgo</p>	<p>diferentes controles del periparto hasta los seis meses posteriores al nacimiento, pues es la herramienta más usada por su alta efectividad clínica. (43,44,45,66)</p> <p>De igual manera, Espinosa F., Reyes O. menciona que la EPDS puede aplicarse en las madres en 3 momentos posteriores al parto: antes del alta de la paciente, a los 15 días y a los 42 días es decir al terminar el</p>	<p>tratamiento, sin embargo no descartan el uso de la EPDS para complementar de mejor manera la evaluación de la DPP en las madres (46)</p>	<p>Dar un seguimiento a las madres que presenten un puntaje elevado</p>
--	---	---	---	---	---

	<p>2021</p> <p>Deyanova Alyosheca Nyulyufer</p> <p>Figueres Castel Sara</p> <p>García Hoyo Gemma</p> <p>Mazón García Andrea</p> <p>Sallan Ferrer Berta</p> <p>Clavero Ara Lydia</p> <p>2022</p>	<p>Herramientas de detección de la depresión postparto</p>	<p>puerperio, ya que en estos momentos los síntomas pueden ir disminuyendo o elevado su nivel de intensidad. ⁽⁵⁹⁾</p>		
<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Fernandes Moll Marciana</p> <p>Matos Aldo</p> <p>Beirigo Borges Giovanna</p>	<p>Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil</p>	<p>En cuanto al tratamiento según los autores este se basa en la utilización de la farmacoterapia y psicoterapia para</p>	<p>Por su parte Narro M. et al. mencionan que el tratamiento farmacológico debería ser aplicado a madres que presenten</p>	<p>-El personal de enfermería debe detectar y valorar los factores de riesgo y la aparición de los</p>

	<p>Arena Ventuna Carla Aparecida</p> <p>Pires Bernardinelli Fabiana Cristina</p> <p>Da Silva Martins Tayna</p> <p>2023</p>	<p>Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería</p>	<p>Antúnez M et al, es necesario el uso de fármacos como antipsicóticos y benzodiacepinas para la agitación y ansiedad, además de recomendar la hospitalización de la paciente. ^(37, 38)</p> <p>Asimismo, Víquez M y Valverde K, mencionan que para el tratamiento farmacológico se pueden utilizar inhibidores de la serotonina como la sertralina o paroxetina, antidepresivos</p>	<p>cuadros depresivos moderados o severos y que sobre todo no respondan a tratamientos no farmacológicos, pues todo fármaco atraviesa la placenta, por lo que su uso antes de la semana 12 de gestación debe ser contraindicada, pues es el periodo de formación y maduración de órganos y tejidos, por este motivo se debe evaluar el riesgo-beneficio. ⁽⁶⁵⁾</p> <p>Según Deligiannidis K. et al mencionan en</p>	<p>síntomas y signos de la DPP</p> <p>-Brindar apoyo emocional</p> <p>-Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación para disminuir la depresión</p> <p>-Enseñar técnicas de relajación</p>
--	--	---	---	---	--

	<p>Viquez Quezada Maricela</p> <p>Valverde Chimchilla Katerine</p> <p>2022</p>	<p>Detección temprana de la depresión posparto</p>	<p>tricíclicos e inhibidores de norepinefrina como bupropion los mismo que son seguros y no afectan en la lactancia materna. ⁽⁴⁰⁾</p>	<p>su estudio realizado en una población estadounidense que la Zuranolona mejora los síntomas centrales de la DPP, pues es bien tolerada por las pacientes lo que respalda su uso, además sus efectos secundarios son mínimos, aunque durante su uso la lactancia materna fue suspendida. ⁽⁴⁷⁾</p>	
	<p>Narro Lázaro Miriam</p> <p>Navarro Montero Esther</p> <p>Esteban Peralta Yolanda</p> <p>Domingo Novella Pablo</p> <p>Salvador Pastor Paula</p>	<p>Importancia de la depresión perinatal. Detección, manejo y tratamiento</p>			

	<p>Barrera Puerta Andrés 2023</p> <p>Deligiannidis Kristina Meltzer Brody Samantha Gunduz Bruce Hadan Doherty James Jonas Jeffrey Li Sigui Sankoh Abdul Silber Christopher Campbell Andrew Werneburg Brian</p>	<p>Efecto de la zuranolona frente al placebo en la depresión posparto</p>			
--	--	---	--	--	--

	Kanes Stephen Lasser Robert 2021				
Tratamiento no Farmacológico	Antúnez Ortigosa María Martin Narváez Nuria Casilari Floriano José Carlos Merida de la Torre Francisco Javier 2022	Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería Abordaje de la depresión posparto mediante talleres de	Según su artículo Antúnez M et al mencionan que la terapia conductual cognitiva y la terapia interpersonal son dos tipos de psicoterapia que ayudan en la depresión posparto, pues las mujeres al ser tratadas con las mismas cambian patrones de pensamiento y de comportamiento,	Según Valverde N. et al, las intervenciones breves que sobre todo se trabajen en las madres pueden ser consideradas como una vía prometedora como tratamientos preventivos si se realizan en el periodo perinatal. (48) En cambio, De Molina M., et al mencionan que la	-Realizar charlas con las pacientes en donde se presente información sobre terapias de relajación y sus beneficios en la depresión posparto. -Proporcionar técnicas para el manejo del estrés como técnicas de respiración como la respiración profunda, incluyendo

	<p>Leire, Mollejo Encarnación. 2024</p> <p>Viquez Quezada Maricela</p> <p>Valverde Chimchilla Katerine</p> <p>2022</p> <p>De Molina Fernández María Inmaculada</p> <p>Ferre Grau Carme</p>	<p>Cuidados de Enfermería con terapia cognitiva conductual en la depresión postparto</p>	<p>interpersonal muestran eficacia para disminuir los síntomas depresivos en el posparto y una mejor relación entre la madre y el bebe, las cuales deben realizarse de manera grupal o individual con una duración aproximada de 1 hora en el periparto y en el posparto para fortalecer los conocimientos adquiridos previamente y ayudar en la adaptación el regresar a casa. ^(57,60)</p>	<p>como estrategias para minimizar el estrés en las pacientes</p> <p>-Fomentar el fácil acceso a servicios de consejería y psicoterapia</p>
--	--	--	--	---

	<p>Vargas Carolina 2021</p> <p>Porras</p>		<p>Además, Viquez M y Valverde K indican que el asesoramiento no directivo ayuda a las pacientes a entender sus sentimientos, alienta a la madre a hablar sobre lo que le sucede y comprender sus comportamientos mientras que la psicoterapia psicodinámica ayuda en el entendimiento de conflictos y la identificación de sentimientos y comportamientos negativos por medio del enfrentamiento a</p>		
--	---	--	---	--	--

			la nueva etapa que vivirá. ⁽⁴⁰⁾		
Cuidados de Enfermería	Alcala Galve Miguel López López Laura Pilar Quintilla Campodarve Lucia Peralta Nicols Ines Klaas Fábregas Diego Sánchez Acereda Paula 2024	Intervenciones de enfermería en la depresión posparto Importancia de la actuación de enfermería en el	Los autores emocionan que el rol de enfermería es importante pues deben centrarse en educar sobre esta patología donde las pacientes y sus familias reconozcan síntomas y factores de riesgo, fomentando la	Por su parte, Dagatti hace referencia a las enfermeras como el personal de salud que se encuentra en contacto directo con la paciente y quienes más tiempo comparten con las mismas, pues las enfermeras se encuentran junto a	Determinar el riesgo de la paciente de hacerse daño Estimular la implicación familiar Identificar con la paciente las estrategias mas efectivas para el cambio de conducta. Reforzar nuevas habilidades

	<p>Clarke Iosebe 2020</p> <p>Dagatti Nahuel Guillermo 2022</p> <p>Heredia Nugra Soraya Margoth Morales Mayorga Silvia Graciela Rivera Aguilar Tatiana Elizabeth</p>	<p>abordaje de la depresión posparto</p> <p>Conceptos para el desarrollo de cuidados de enfermería en salud mental perinatal</p> <p>Rol de Enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del Embarazo</p>	<p>implicación de los mismos para que puedan convertirse en una red de apoyo para e persona de salud durante el proceso, además la realización de controles preparto y posparto utilizando escalas como la EDPS, son de gran ayuda para identificar el riesgo y disminuir la morbilidad, mejorando la calidad de vida de la madre, su hijo y entorno. (49,50,55)</p>	<p>las pacientes durante el embarazo, el parto, puerperio y los primeros meses de vida del bebe, pues al sentirse acompañadas la calidad de salud mejora, disminuye el estrés, ansiedad y depresión posparto. (51)</p> <p>Sin embargo, Domínguez M. menciona que las enfermeras deben realizar una valoración exhaustiva para que posterior a ésta, la aplicación de intervenciones sea más sencilla, tomando como</p>	<p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables</p> <p>Ayudar a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y capacidades</p> <p>Afirmar los cambios y logros de la paciente y hacérselos saber por más pequeños que sean</p>
--	---	--	--	--	--

	<p>Simbaña Quishpi Maria Aurora 2023</p> <p>Domínguez Mejía María 2021</p>	<p>Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona.</p>		<p>prioridad el valorar el nivel de conocimientos previos de la paciente sobre la patología, facilitarle la expresión de como se siente a diario, fomentar los hábitos diarios con halagos, consiguiendo de esta manera incentivar a la madre. ⁽⁵⁸⁾</p>	
	<p>Organización Mundial de la Salud (OMS) 2022</p>	<p>Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil</p> <p>Manual teórico para la atención integral</p>	<p>Los autores mencionan sobre la creación de un servicio seguro con una atención sin prejuicios, para que las mujeres puedan sentirse escuchadas y respetadas, donde puedan hablar sobre</p>	<p>La OMS incluye que la depresión moderada o grave requiere de intervenciones específicas, las cuales deben ser impartidas y supervisadas por profesionales en</p>	<p>Brindar atención respetuosa y no estigmatizaste Identificar a las mujeres con mayor riesgo de padecer problemas de salud mental Realización de ejercicios de</p>

	<p>Caja costarricense de seguro social</p> <p>2022</p> <p>Pérez Miranda Geraldine</p> <p>Ortiz Pinilla Daniela</p> <p>Niño Mancera Daniel Andrés</p> <p>Gómez Salcedo Laura Helena</p> <p>Bayona Granados Karly Vanessa</p> <p>2020</p>	<p>al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud.</p> <p>Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistémica de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo.</p>	<p>su salud mental, para mediante la promoción y la prevención de la salud mental los síntomas se detengan evitando su progreso, además de una asesoría a la familia o pareja sobre la necesidad de supervisión y acompañamiento que la madre necesite para su cuidado personal y del recién nacido. ^(53,56)</p>	<p>salud mental, sean enfermeras, psicólogos o en conjunto, dentro de las terapias se menciona: el entrenamiento de relajación donde se incluyen ejercicios de respiración, ejercicios de meditación, terapia interpersonal que relaciona los síntomas característicos de la depresión con los problemas interpersonales como una perdida familiar, las peleas con el</p>	<p>respiración de forma grupal o individual.</p> <p>Realización de terapias no farmacológicas como aromaterapia, musicoterapia.</p> <p>Realizar una referencia a psicología clínica según el caso.</p>
--	---	--	---	---	--

				cónyuge o familia y el aislamiento social. (52)	
--	--	--	--	---	--

Fuente: Lluquin A