

## La presencia de enfermería como intervención principal ante un episodio de psicosis puerperal

### *The role of nursing as a main intervention in front of a case of puerperal psychosis*

**Autora:** Victoria Borrego Espárrago.

**Dirección de contacto:** vicky.boes87@gmail.com

**Cómo citar este artículo:** Borrego Espárrago V. La presencia de enfermería como intervención principal ante un episodio de psicosis puerperal. NURE Inv [Internet]. Sep-Oct 2014.[citado día mes año];11(72):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/NURE72\\_TFG\\_psicosis.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/NURE72_TFG_psicosis.pdf)

**Fecha recepción:** 30/09/2014

**Aceptado para su publicación:** 17/02/2014

#### Resumen

El embarazo, parto y postparto son acontecimientos vitales, estresantes que pueden dar lugar a desequilibrios emocionales en algunas ocasiones, tanto para la mujer como para su entorno.

Lecturas bibliográficas han puesto en común que dentro de todos los trastornos mentales que pueden existir en una puérpera, la Psicosis puerperal es de la más grave tanto en carga asistencial como en cuidados que conlleva para el núcleo familiar y para el equipo terapéutico que realiza el seguimiento. No existe tratado de obstetricia general sin que se encuentre un capítulo dedicado a la Psicosis puerperal, y, con mayor razón y frecuencia, presente en las obras de psiquiatría, donde no es raro ver descrito la relación entre el embarazo, parto y la lactancia con la locura, ocupando un capítulo dicha patología específica en la etiología general de las enfermedades mentales. La atención a la paciente con psicosis puerperal desde el punto de vista de la enfermería, engloba aspectos clínicos-asistenciales; basados tanto en el diagnóstico, en su curso posterior, en el vínculo establecido madre-hijo, y, en su entorno.

Desde este trabajo se pretende revisar los conocimientos recogidos sobre la Psicosis puerperal, valorar los distintos recursos existentes en España y hacer una comparativa con el resto de países.

Como propuesta final se lleva a cabo la inclusión de un programa de educación para fomentar los conocimientos tanto en el personal de enfermería como en las mujeres que debería estar presente en el Plan Integral de la Mujer en atención primaria.

#### Palabras clave

Psicosis Puerperal; Psicosis Postparto; Enfermería; Puerperio; Vínculo madre-hijo.

#### Abstract

Pregnancy, Childbirth and Postpartum are vital and stressful events that can sometimes lead to emotional imbalances, as much in the woman herself as in her environment.

A Bibliographic survey makes it clear that from all mental disorders that may exist in a mother on postpartum period, Postpartum Psychosis is the most serious of them all, the heaviest burden to the healthcare system involving both the household and the therapeutic team who treats the disorder. There is no such thing as an Obstetrics treaty without a chapter on Puerperal Psychosis; and it is also more often present in the works of General Psychiatry, where it is not uncommon to describe links between Pregnancy, Childbirth, Lactation and Madness. This pathology earned a chapter of its own in the general Etiology of mental illnesses. The treatment of the patient with Puerperal Psychosis, from the Nursing point of view, includes clinical and care aspects, it is based both on diagnosis, evolution, it is set in the mother-child existing bond, and in the environment.

This work pretends to review the knowledge gathered on Puerperal Psychosis, to assess the different resources that are available in Spain and to establish a comparison with other countries.

As a final proposal, we describe which of all therapeutic activities are performed by the nursing team.

#### Key words

Puerperal Psychosis; Postpartum Psychosis; Nursing Treatment in Puerperal Psychosis; Nursing Intervention; Mother-infant bond.

**Centro de Trabajo:** Enfermera. Especialista en Salud Mental por el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Madrid. 2011-2013.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

Con Hipócrates (1,2) ya se empieza a considerar y estudiar, hasta pretender explicar las causas de esta patología, de los médicos de aquellos tiempos, numerosos son los que se han ocupado de este asunto. Describieron psicosis puerperal, como una locura ligada a las distintas fases de la maternidad, siendo considerada patología plural ya que se la subdividía en distintas variedades, según estallara durante el parto, el puerperio o lactancia, atribuyéndola de acuerdo con la teoría de los humores a la subida de los loquios a la cabeza. Durante años solo se hablaba de un síndrome puerperal, denominado "amencia" (1) definida como confusión y /o perplejidad que proviene de la literatura germana, con el paso del tiempo se vio que esta amencia era uno de los síntomas del episodio de psicosis puerperal.

Durante la era Cristiana se produce un estancamiento en el progreso de las ciencias, vuelve a dominar las atribuciones de la patología mental a la intervención de los demonios, ayudados por los prejuicios y supersticiones que dominaban abarcando incluso a la Edad Media y el Renacimiento (16).

El verdadero estudio de las psicosis puerperales empieza en el siglo XIX con Esquirol (1, 2). Abandonadas ya por completo las viejas teorías humoral, Esquirol comienza a plantearse si es más frecuente la aparición de la psicosis puerperales en las mujeres casadas o en mujeres solteras, también si su variación dependía de la clase social de la puérpera. Esquirol sostiene mayor frecuencia en mujeres solteras y con una clase social baja, citando su apoyo en las estadísticas surgidas en los diferentes hospicios públicos y casas particulares de salud (2). Se plantea así, que ya no es solo el factor hereditario, teoría que predomina en los comienzos, el que puede influir en el desarrollo de la psicosis puerperal sino innumerables factores que pueden repercutir directamente durante la vida intrauterina, y en los primeros tiempos del desarrollo del niño, alterando tanto su constitución orgánica como psíquica. Adentrándonos hasta la edad moderna encontramos como el concepto de psicosis puerperal no tiene una entidad nosológica independiente (1, 2, 4), descubrimos que carece de un consenso en su definición, los diferentes autores y escuelas no se han puesto de acuerdo sobre si debe encuadrarse dentro de la psicopatología afectiva, esquizo-afectiva, psicosis inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides (1, 2).

Se debaten dos corrientes claramente identificadas como propuesta del origen de la patología (1, 2), hablamos de una corriente francesa que defiende

una patología propia del puerperio, frente a una corriente anglosajona que habla de una patología previa al puerperio.

Se describe por tanto para criterios de la CIE-10 (1, 2, 4, 13) cuando se trata de psicosis posparto específica pudiendo utilizarse la categoría de trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados F53, describe el periodo posparto incluyendo hasta seis semanas posterior al parto, advierte de la dificultad en la realización de un diagnóstico diferencial frente a esquizofrenias o trastornos del humor. En contraposición el DSM-IV (1, 2, 4, 11, 13) lo incluye dentro de la categoría de trastorno psicótico breve, incluye el periodo puerperal dentro de las cuatro semanas posparto.

Dentro de los factores de riesgo y antecedentes (2, 3, 7, 13) que influyen en psicosis puerperal, también se observa la no existencia de un acuerdo. Destaca entre los antecedentes psiquiátricos (1, 2, 3, 7, 13) el trastorno afectivo sobre todo, en el trastorno bipolar, en el que el riesgo de padecer una psicosis puerperal es del 25% mayor frente a la existencia de otros trastornos afectivos. Se aprecia la coexistencia de antecedentes familiares con episodios de psicosis puerperal y/o de trastorno afectivo en el 50-60% de los casos. A nivel de factores biológicos-psicosociales (1, 2, 7, 13) destacan los partos por cesárea, la existencia de complicaciones en el posparto, mujer primípara en el 50-60% casos, primer hijo varón, ser soltera, toxicomanías, y, relaciones socio-familiares conflictivas en especial consideración la relación establecida tanto con la pareja como la relación con su madre, la edad incrementa el riesgo sobre todo en mujeres mayores de 35 años. Actualmente se encuentran en estudio numerosas hipótesis (1, 2, 3, 13), propuestas como origen de la psicosis puerperal; la alteraciones del metabolismo de las indolaminas, la alteración en el ciclo del sueño de las mujeres embarazadas y durante el posparto describiendo una disminución de la fase IV, que tarda hasta un mes en normalizarse.

Siendo relativamente rara, la Psicosis puerperal (2, 3, 6, 7, 11-13) se encuentra en 1-2 de cada mil partos en comparación con otras patologías.

La sintomatología (2, 3, 7, 8) se describe en forma de psicosis delirante aguda, accesos maníacos-melancólicos y, rara vez, como esquizofrénicos típicos. Para el diagnóstico (2-4) de esta patología se debe descartar la existencia de crisis comiciales, síndrome confusional, eclampsia, tromboflebitis cerebral, psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia; basándose en el estudio de los antecedentes, recogida de datos en la historia y evolución.

En la fase aguda de la Psicosis puerperal es necesario un tratamiento farmacológico (2-4, 6, 7, 13) enérgico, uso de antipsicóticos atípicos asociados a Benzodiacepinas y/o Litio. En casos graves, que no responden a tratamiento farmacológico, o, éste está contraindicado, se contempla la opción de la terapia-electroconvulsiva.

Una vez que la sintomatología aguda ha empezado a remitir, es necesario introducir lo más precozmente posible medidas terapéuticas de tipo psico-social. De entre ellas, el restablecimiento temprano de la relación materno-filial se describe como clave (1, 2, 8, 11-13, 19), distintos autores coinciden que fomenta la mejoría psicopatológica y permite que la paciente reasuma de una manera más eficaz su rol materno. Por otro lado, la respuesta incompleta al tratamiento se asocia a un alto porcentaje de riesgo de maltrato infantil, y de hecho, en un 4% de estos casos se produce infanticidio (3, 6, 7, 10).

Desde hace años, se van comunicando experiencias de tratamientos en centros de día (1) tratando conjuntamente a la madre y al bebé. Figueiredo (1) desarrolló, ya hace más de 20 años, una experiencia de este tipo en un centro de día suizo dispositivos favorecidos de una elevada dotación de profesionales. En EE.UU. o en Inglaterra (1) se han desarrollado servicios comunitarios especializados en tratar inicialmente psicosis puerperales en el propio domicilio, y, que con el tiempo, se han ampliado a otro tipo de patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio un ejemplo de ello es el Servicio de Brockington donde fueron atendidos 400 casos en 1994, y se ingresaron en su Unidad Madre-Hijo a 75 pacientes. En España, autores como Goás (2) se acerca al tema con trabajos de investigación y/o revisión, pero, actualmente no existe ninguna sección o programa especializado en psiquiatría perinatal.

En cuanto al pronóstico (2, 6, 7, 15), la evolución del episodio de Psicosis puerperal a corto plazo suele ser favorable pero cabe señalar, que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está muy relacionado con la presencia de embarazos posteriores, hay que tener presente como incrementa el riesgo de recaídas hasta en un 75%. Si bien, el pronóstico (2-4, 13) a largo plazo no es tan optimista, ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrollan trastorno mental grave, esta vez sin relación con el puerperio. Por este motivo, se considera fundamental el seguimiento regular de las pacientes ya que la detección y el tratamiento precoz de la patología psiquiátrica mejoran dichas consecuencias.

## MARCO TEÓRICO

Se debería destacar cómo la mayoría de los autores relacionan como uno de los factores principales de las melancolías puerperales el rechazo del niño (1); entendiendo un rechazo consciente por parte de la madre hacia un niño no deseado o, con mayor frecuencia, un rechazo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal".

Recamier (1) describe cómo esta patología puede estar unida al conflicto oral revivido por la madre, en doble identificación con su propia madre y con su hijo, así sus propias experiencias infantiles le han hecho rechazar a sus propias madres, dejándolas sin modelo de identificación e imitación y, produciendo emociones confusas y desagradables. Fragmentada su identidad y sentido de la competencia, queda sin saber cómo actuar ante el nuevo evento. La nueva madre se vuelve dependiente de planes de acción y figuras maternas significativas, ante un referente materno insuficiente, se rechaza así misma como propia madre. Guyotat (1,2) habla de dos teorías claves identificadas en el conflicto de la madre con ello nos expone "el objeto imaginario de embarazo" y "el niño deseado al niño nacido".

Basándose en la Teoría de los sistemas de control, Bolwby (5, 14) plantea que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma, sino que se adapta, y modifica según las condiciones ambientales. Su teoría (14), hace referencia a una serie de conductas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad de sus manifestaciones, va a depender de diversos factores contextuales e individuales.

La Trasmisión Intergeneracional del Apego (5, 14) constatado en distintas investigaciones subraya la capacidad predictiva que las representaciones maternas tienen sobre el tipo de apego que establecerán sus hijos, estos estudios enfatizan, la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos, que tendría lugar, a través de, los modelos construidos durante la infancia y su re-elaboración posterior. Este aspecto es muy importante, ya que como se señala lo importante no es el tipo de relación que el adulto desarrollo durante su infancia con las figuras de apego, si no la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias.

Mary Ainsworth y sus colaboradores (5, 14) desarrollaron un procedimiento de laboratorio denominada la Situación del Extraño (5) a través del cual clasificaron el apego del niño según la conducta que manifestaba durante la separación, y sobre todo, por la que manifestaban durante el re-encuentro. Ainsworth (5) encuentra tres patrones principales de apego: niños de apego seguro, que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar ningún tipo de conducta diferencial ante la presencia de sus madres.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

- Identificar el papel que lleva a cabo la enfermería, para restablecer el vínculo madre-hijo ante un proceso de psicosis puerperal.

### Objetivos específicos

- Valorar la adaptación al papel materno utilizado por la mujer puerpera afectada.
- Evaluar las habilidades para el establecimiento y consecución del vínculo con el lactante.

## METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### Diseño del estudio

El diseño utilizado para llevar a cabo el estudio, es una revisión sistemática sobre Psicosis puerperal incluye:

- Bases de datos utilizadas durante esta revisión Scielo, PubMed, Cochrane.
- Revisión de revistas, textos, comunicaciones tanto en lengua castellana como inglesa.
- Los criterios de inclusión y exclusión sobre artículos consultados, debido a la escasez de investigación sobre Psicosis puerperal, y, para asegurar que ninguno de los artículos se in-

utilizaron, se incluyen previa lectura y síntesis de los mismos artículos relativos a la psicosis puerperal y psicosis postparto, artículos centrados en la actividad de enfermería en dicha patología y que tratan tanto la teoría del apego utilizando autores como Bowlby y Mary Ainsworth y artículos que tratan la importancia del vínculo madre-hijo.

- Estudios de investigación que exploraran los antecedentes y el estado actual sobre origen, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento y evolución de la misma se incluyeron en esta revisión, publicados desde 1989 hasta 2012.
- Para el estudio de las intervenciones desarrolladas por parte de enfermería, se utilizan estudios con modelos de referencia donde surgen teóricas como Watson, Travelbee teórica utilizada en esta revisión y Finfgeld-Connett, publicados en Pubmed (2002-2011).
- El tiempo empleado en la realización de esta revisión fue de años y medio, desde el inicio de la búsqueda bibliográfica hasta el desarrollo y finalización del trabajo.

## RESULTADOS

La aparición de un episodio de psicosis puerperal suscita un riesgo en el proceso de maternidad pudiendo llegar a ser ineficaz, entendiendo el término maternidad, tanto en el nacimiento como la crianza del recién nacido.

Basándonos en la teoría descrita por Travelbee (9) la enfermera fundamenta su intervención principal en el tratamiento de la mujer con psicosis puerperal. El modelo de relación de persona a persona permite la creación de una relación interpersonal, con la cual la enfermera puede poner en marcha la intervención Presencia (9) permitiendo la consecución de sus objetivos.

Objetivos que se centran en la protección a la mujer y el recién nacido, estabilizar y fomentar el vínculo madre-filial, siendo descrito como medida terapéutica fundamental en su recuperación. La intervención presencia, nos permite posicionarnos como modelo de aprendizaje ante una mujer que carece de planes de acción.

Surge la importancia de estar físicamente presentes (8, 10), sin esperar respuesta de interacción, y en estrecha proximidad a las mujeres. La

construcción de esta relación terapéutica supone, el apoyo a medida que se mueven de una enfermedad aguda hacia su recuperación, donde el grado de la presencia física se va reduciendo, permitiendo a la mujer puerpera el restablecimiento total de su autónoma.

Se aprecia que cuando la madre cuida de su bebé, la enfermera a través de su presencia, permite dar protección a ambos, con el fin de disminuir posibles consecuencias (10, 12). El hecho de que la enfermera utilice la presencia, como intervención principal, permite transmitir unos sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de mayor ansiedad de las mujeres, contribuye a disminuir sus miedos, y, ayudándoles a mantener una ambiente tranquilo (11) y relajado.

La enfermera permanece in situ tratando de mantener la realidad de la madre, para ello trabaja en el aquí y el ahora a través de actividades tan sencillas como el mantenimiento de conversaciones sobre la vida cotidiana. Así mismo la propia enfermera reconoce (10, 11) desde su perspectiva la importancia de permanecer con y cerca de las mujeres durante este largo proceso, permitiendo la obtención de mayor información sobre su historia y enfermedad, todo ello es descrito como un gran privilegio al poder interactúan y formar parte de su recuperación.

Se afirma que la enfermera a través de su presencia, es capaz de intensificar la unión entre la madre y su hijo recién nacido, la enfermera se posiciona como modelo de referencia e imitación, favoreciendo el desarrollar de planes de acción que permiten a la mujer potenciar su rol materno, se llega a describir como cantar juntas canciones de cuna suponía en las madres la mejora del apego hacia sus bebés, dando lugar a la creación de una unión de bienestar tanto para la madre como para el hijo (10, 12, 13, 15).

Encontramos (10), que la presencia del personal de enfermería es un método y fenómeno beneficioso, y a priori sin consecuencias negativas Se destaca (10) que cuando la presencia es menor, da lugar al aumento en los pacientes de sentimientos de abandono y malestar. Una de las descripciones principales en cuanto a la intervención de enfermería como presencia es el efecto directo sobre la salud, la confianza, la esperanza, la estima y sentido del yo. Estos resultados apoyan los de DeLashmutt (10), que habla de cómo la presencia de enfermería es fundamental como intervención principal tanto para el apoyo, como para la mejora de la salud del paciente.

## DISCUSIÓN

Tras esta revisión, nos llama la atención con datos muy reveladores sobre esta patología.

El gran desconocimiento en cuanto a su origen, así como el número de hipótesis existentes sobre su aparición y factores de riesgo. El nulo consenso en su definición, con dos corrientes claramente separadas en cuanto si es patología propia del puerperio o anterior a este, además de parámetros tan poco esclarecedores como el tiempo de puerperio para las distintas clasificaciones.

Enfatizamos lo leído por un lado sobre el tratamiento que conlleva esta patología, nos centramos en la descripción que se hace sobre el uso de las terapias psicossocial donde y aquí sí, de una manera unánime se subraya la gran importancia en el restablecimiento de la relación materno-filial, evitar la ruptura del vínculo o disminuir el tiempo que la madre permanece alejada de su bebe se posiciona como clave para la recuperación y menor erosión tanto en la madre como en su entorno. Subrayamos en segundo lugar el riesgo que presenta a largo plazo de desarrollo de trastorno metal grave al margen del puerperio.

Entendemos que la enfermería se posiciona como pieza clave a través de su intervención principal, Presencia, siendo esta una dimensión importante en su práctica.

La enfermería al estar presente durante el transcurso del episodio, se posiciona como un refugio seguro tratando de evitar y/o minimizar los posibles daños tanto en las mujeres como hacia sus lactantes. Se constata como ayuda a mejorar y aumentar en las mujeres la sensación de deseo por parte del recién nacido y lo que es más importante a través de esta presencia la enfermera se revela como figura facilitadora que le sirve como modelo de referencia materno. Una vez superado el periodo agudo del episodio, la enfermera permite la consecución de dos procesos fundamentales, la conservación del entorno, a través de las visitas domiciliarias y un correcto tratamiento hacia la familia en el que se incluye una información clara evitando con ello secuelas en el deterioro de los vínculos.

Ante las conclusiones obtenidas, se acentúa la necesidad de una mayor comprensión sobre dicha patología, para conseguirlo se propone la creación de un programa de educación impartido al personal de enfermería especialistas en comunitaria, centrándonos en la necesidad de un aumento en la detección precoz del episodio, recordamos que la

mayoría de los casos debutan cuando la mujer ya está en su domicilio, una rápida instauración del tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico de manera más individualiza y por ende más efectivo debido a la singularidad que estas pacientes refieren. A través del desarrollo de un taller de educación impartido por una enfermera especialista en Salud Mental, para la inclusión del manejo de esta patología en el Plan integral de la mujer de atención primaria de la Comunidad de Madrid. El aumento en el conocimiento de esta patología, permitirá una mayor colaboración por parte de atención primaria, que con el apoyo de Salud Mental se conseguirá un mejor seguimiento de la mujer tanto a medio como a largo plazo, disminución la utilización de recursos sanitarios y un uso más competente de ellos.

### RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Tras el trabajo realizado sacamos dos hechos claves para la importación del mismo, El papel fundamental de la enfermería durante todo el proceso, secundario a que el despunte de propia sintomatología se produce más frecuentemente en el domicilio de la mujer, siendo este uno de los campos donde mejor actúa la enfermería en su nivel comunitario. Se cree fundamental que la enfermera esté dotada de amplios conocimientos para que, ante cualquier alteración, no solo en el estado de la mujer, sino en el vínculo con el recién nacido, o, así también con su entorno, sea capaz de realizar una intervenir correcta ante el episodio agudo.

Otro punto determinante para la relevancia del documento, se trata de la pluralidad que reseña esta patología, pluralidad haciendo referencia a que esta patología no solo afecta a la paciente, sino que nos enfrentamos a una mujer con un acontecimiento vital muy reciente como es la maternidad, con lo cual, no solo hablamos de la atención dirigida en singular, sino que tenemos que tener presente la necesidad de estar pendiente de la relación materno-filial, de las posibles consecuencias que se van a presentar en el lactante, al igual que no podemos obviar el entorno familiar y social, evitando en lo posible los daños colaterales que surge ante cualquier patología y sobre todo más destacables en el ámbito de la salud mental.

A la luz de la gravedad de la psicosis puerperal, es esencial una mayor comprensión de las intervenciones eficaces para mejorar los resultados de esta población vulnerable.

### AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutora de proyecto, Cristina Cerquella Senecal, toda su dedicación hacia mí durante este largo año.

A mis compañeros de residencia por todo lo que he aprendido de ellos en estos dos años.

A Eva Almazán García, por los momentos vividos durante mi residencia por su empatía y experiencia, así como a Pilar Famoso Pérez por las oportunidades ofrecidas.

### BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Simón Lorda D, Gómez-Reino Rodríguez I. "Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistencias", Servicio de Psiquiatría Complejo Hospitalario de Ourense. Psiquiatría Pública. Vol. 11 Núm.3 Mayo-Junio 1999.
2. Moure R. "las Psicosis Puerperales" Revista gallega de psiquiatría y neurociencias 1997.
3. Shari I Lusskin MD, FAPA, Shaila Misri, MD, FR-CPC "Postpartum psychosis: Epidemiology, clinical manifestations, and assessment" 2010.
4. Doucet S; Jones I; Letourneau N; Dennis C.L; Blackmore E. R. "Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis": a systematic review. Arch Womens Ment Health 2011 14, 89-98.
5. Oliva Delgado A. "Estado actual de la teoría del apego" Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2004 4, 65-81.
6. Liza H, Gold, "Postpartum disorders in primary care: Diagnosis and Treatment" MD Women's Mental Health 0095-4543/02.
7. Vslldimarsdóttir U; Hultman C.M; Harlow B; Cnattingius S; Sparén P. "Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations" Phillipa Hay Academic Editor 2008.
8. Mosteiro Díaz M.P; Lemos Giráldez S; Villaverde Fernández S. "La psicosis puerperal. Papel del personal de enfermería" Enfermería científica Núm. 87 Junio 1989.
9. Tomey A.M; Raile Alligood M; "Modelos Y Teorías en Enfermería" 2007 Ed. 5ª, España, Elsevier Science. 418-429.

10. Engqvist I; Ferszt G; Nilsson K. "Swedish registered psychiatric nurses' descriptions of presence when caring for women with post-partum psychosis". *International Journal of Mental Health Nursing* 2010 19, 313-321.
  11. Engqvist I; Ferszt G; Ahlin A; Nilsson K. "Psychiatric Nurses. Descriptions of Women with Postpartum Psychosis and Nurses Responses—An Exploratory Study in Sweden" *Issues in Mental Health Nursing* 2009 30, 23-30. ISSN: 0161-2840.
  12. Noorlander Y; Bergink V; Van den Berg M. P; "Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis". *Arch Womens Ment Health* 2008 11, 49-56.
  13. Doucet S; Dennis C.L; Letourneu N; Blackmore E.R; "Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis" *Principles & Practice JOGNN* 2009 38, 269-279.
  14. Cherro M: "La gran contribución de la teoría del apego a la Psiquiatría y a la Psicoterapia" *Rev Psiquiatria del Uruguay* 2012 74(2), 116-126.
  15. Engqvist I; Nilsson K; Ahlin A; Ferszt G; "Nurse-psychiatrists main collaborators when treating women with postpartum psychosis" *Journay of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010 17, 494-502.
  16. Siles, J; Cibanal, L; Vizcaya, F; Solano, C; García, E; Gabaldón, E. "Histórica de la enfermería en salud mental De la custodia a los cuidados: una perspectiva" *Cultura de los Cuidados* 2001 9, 27-33.
- García López M. T; Otín Llop R: "Sobre la psicosis puerperal" *Revista de la AEN*. 2007 27 (2) Madrid ISSN 0211-5735.
  - De Prado Prieto L, Grifo Peñuelas M. J; Sánchez Calderón M; Moro Rodríguez A. L: "Mujer de 25 años con psicosis puerperal" *Semergen*. 2004 30 (08), 30-419.
  - Rivera Álvarez L. N; Triana A: "Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country" *Comité Asesor Epidemiología* 2007.
  - Fonagy P: "Teoría del apego y psicoanálisis" *Clínica y Salud* 2008 19(1), 131-134 ISSN: 1130-5274.
  - Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto Nacional de la Salud. Dirección general de atención primaria y especializada. Plan integral de atención a la mujer 1998 Madrid.
  - The Marcé Society for Perinatal Mental Health (sitio de internet). Disponible en <http://www.marcesociety.com/>
  - Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2013 5ª ed. España Elsevier, ISBN: 9788490224151.
  - Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2009 5ªed. España Elsevier, ISBN 8480863889.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Sánchez Sánchez A, Sanz Guijo M, Martín Casado AMª: "Alteraciones psicológicas durante el puerperio" *Encuentro nacional para el cuidado maternal e infantil UDM de Toledo*.
- Savarimthu R.J.S, Ezhilarasu P, Charles H, Antonisamy B, Kurian S, Jacob K.S. "Post-partum depression in the community: a qualitative study from rural south India" *I.Journal of Social Psychiatry* Vol. 56(1) 94-102.
- Canaval G.E, Jaramillo C.D, Rosero D.H, Valencia M.G: "La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto" *Aquichan* 2007 7 (1).