



# Algunas consideraciones acerca de la psicosis puerperal como enfermedad mental

---

Trabajo Final de Grado  
Monografía

Estudiante: Magela Pagani Davies

C.I: 4.074.580 - 4

Tutor: Mag. Laura de los Santos

Montevideo, Octubre 2016

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2-3
Capítulo 1: Enfermedad mental.....	3-4
1.1 Antecedentes sobre psicosis.....	4-5
1.2 Psicosis.....	5-6
Capítulo 2: Psicosis Puerperal.....	7-10
2.1 Depresión postparto y psicosis puerperal.....	11-12
Capítulo 3: Valoración emocional en el embarazo, parto y puerperio.....	12-14
Capítulo 4: Intervención terapéutica en la relación madre-hijo.....	15-17
Reflexiones finales.....	18-20
Referencias bibliográficas.....	21-24

## RESUMEN

El presente trabajo propone reflexionar acerca de la psicosis puerperal como patología psiquiátrica que en algunas circunstancias acompaña al postparto. Se tendrán en cuenta los factores psicosociales y biológicos como causas principales para el desenlace de la misma.

Analizaremos los cambios que se producen en el vínculo entre la madre y el niño, y como éstos siguen un patrón característico en función, no sólo de las variables personales y sociales, sino también del tratamiento que reciba la madre.

Se evaluará el proceso psicopatológico y sus consecuencias negativas para el desarrollo del niño, incluso repercusiones trágicas como el infanticidio o el suicidio de la madre.

Veremos el conjunto de recursos médicos, psicoterapéuticos, psicosociales y educacionales que aporten en el logro de un mejor funcionamiento de la paciente en su rol de madre, junto al objetivo de mejorar su calidad de vida.

Se pensaran las psicosis puerperales enmascaradas en la depresión postparto en relación al impacto familiar y social que genera la psicosis como enfermedad mental.

**Palabras claves:** psicopatología, salud mental, gestación, cuidados, tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía constituye el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología. Este trabajo intenta ser una aproximación a la psicosis puerperal, ubicada dentro de las patologías mentales.

Surge la inquietud por esta patología en la práctica del Hospital Vilardebó. Frente a las pacientes observadas, llamaban la atención aquellas mujeres que habían transitado una psicosis puerperal.

En cada caso aparecía la pregunta de cómo y cuándo se había configurado el problema, motivo por el cual había llegado a desencadenarse dicha psicosis, y sobre todo, si se hubiera podido contribuir con una ayuda a tiempo para que dicho problema no derivara en mayores sufrimientos.

En relación a los debates clínicos se apreciaba el grado de responsabilidad que se le atribuía a la mujer vinculado a su rol materno sin considerar la problemática de la paciente, situación bastante limitada e injusta.

En dichos debates, no surgía una cercanía sensible y teórica bien fundamentada sobre los estados y conflictos por los que podrían haber atravesado, donde se buscara comprender el psicodinamismo de la maternidad, para poder lograr mayor coherencia en posibles intervenciones, ya que en general se planteaba el mal desempeño de la mujer como madre.

El objetivo del trabajo es exponer y reflexionar acerca de la psicosis puerperal como patología psiquiátrica, su desarrollo y evolución. Establecer cuáles son los factores y las condiciones que ponen en riesgo a la mujer para que se desenlace dicha psicosis. Si bien existen manuales y estudios que dan cuenta de esta patología, en nuestro país no es una patología de la que se tenga mayor difusión.

Asimismo, ésta monografía pretende dar luz y poner en discusión el rol que cumplen las prestaciones de salud en relación a la información, prevención e intervención sobre la dinámica que se produce en la madre cuando se ve afectada por este tipo de patología.

Se pensará sobre las intervenciones y la recuperación de las pacientes, no sólo desde el campo de la psiquiatría y la psicología, ya que el puerperio es el período de tiempo que dura la recuperación del aparato reproductor luego del parto, donde se producen no sólo cambios a nivel hormonal sino también afectivos, familiares y vinculares.

Las intervenciones tendrán como propósito mejorar su calidad de vida, su funcionamiento personal y social, para que la paciente pueda desarrollar cierto grado de autonomía en la vida diaria y así asumir su rol de madre, como también lograr integrarse y relacionarse con otros en la comunidad.

Se entenderá a la madre como depositaria de fantasías e ideales provenientes de la sociedad y de su familia, frente a la expectativa del nacimiento de un hijo y cómo éstas repercuten en la misma.

Por último, analizar y visualizar las diferentes conceptualizaciones en relación a la psicosis puerperal, a partir de los síntomas y síndromes que se manifiestan, así como también su clasificación en los manuales diagnósticos. Su ubicación diagnóstica permitirá hacer una diferenciación entre una psicosis puerperal y una depresión posparto.

## **CAPÍTULO 1: ENFERMEDAD MENTAL**

Los diferentes cambios sobre los criterios de la enfermedad mental han desarrollado nuevos dispositivos clínicos de intervención en la psicosis, que permitieron lograr un mejor y mayor abordaje integral del sujeto.

El concepto de enfermedad mental ha progresado en relación a cambios científicos, culturales, sociales y políticos. Es necesario tener en cuenta que los mismos marcaron el camino en relación a lo que se puede entender como sano y enfermo, patológico o normal.

Se mencionarán diferentes conceptos relacionados a la enfermedad mental, con el propósito de entender por qué se ha llegado al concepto actual, para pensar la psicosis puerperal y en qué contexto se desarrolla.

Se deberá hacer un recorrido histórico para conocer el concepto que se tenía sobre la enfermedad mental y su evolución a lo largo de la historia.

Porter (2002) plantea

La locura fue conceptualizada, manejada y experimentada a través de distintas épocas de la historia humana (...) concluye que la locura es definida en cada cultura de forma particularizada de acuerdo a las circunstancias y las ideas hegemónicas de cada época. La primera concepción de la locura es demoníaca, o por el control de dioses y/o divinidades sobre el cuerpo de los mortales (p.1).

Entre los siglos XVI y XVII “se comienza a perfilar la idea de que las locuras son de origen físico y no del alma y ocurren adelantos en la neurología, fisiología, anatomía y las ciencias médicas” (Porter, 2002, p.2)

Luego se crea en Europa, el primer tratado sobre las enfermedades mentales llamado “Anatomía de la Melancolía”, escrito por Robert Burton (1621). En el mismo se organizaron todos los tipos de desviaciones de conductas: violentos, eróticos y depresivos registrados en la literatura clásica y la Biblia como formas de melancolía.

El psiquiatra francés Pinel (1801), plantea la exploración y el ordenamiento de los fenómenos que observaba, lo cual puede advertirse como una primera clasificación.

En la década del 60 se funda la Asociación Mundial de Psiquiatría; Foucault (1961) escribe la Tesis “Locura y sin razón, Historia de la Locura en la época clásica”, y Henry-Ey (1965), crea el Tratado de Psiquiatría, de gran importancia ya que toma elementos del psicoanálisis.

No sólo debe pensarse la relación del enfermo con la familia, sino también el vínculo del individuo con el medio. Se comienza a dar mayor importancia a la relación médico – paciente, con la finalidad de generar una mayor autonomía al mismo.

Luego de la Declaración de los Derechos del Ciudadano (1789) y de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), debido a las consecuencias generadas por la Segunda Guerra Mundial, se comienzan a considerar los derechos de los sujetos, surgen nuevos modelos clínicos, comunidades terapéuticas y centros diurnos.

Foucault (1963) en su ensayo llamado “El nacimiento de la clínica” plantea dos perspectivas en la formación de la clínica “la reorganización del ámbito hospitalario y la adquisición por parte del enfermo de un estatuto propio en la sociedad (...) dilucidar no sólo el surgimiento de la medicina como ciencia, sino también el de una nueva experiencia de la enfermedad” (p.244).

## **1.1 Antecedentes sobre psicosis**

Kraepelin a fines del siglo XIX, establece el esquema nosográfico de la psicosis, enfrentando la psicosis maníaco-depresiva con demencia precoz. Clasificó las dos enfermedades de acuerdo a sus supuestas diferencias de síntomas, etiología, curso y pronóstico.

Define Demencia Precoz planteando que

El síndrome nuclear se constituye a partir de los elementos propiamente deficitarios, tomando indudablemente el modelo de la hebefrenia “debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía y desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad (...) la configuración y especificidad de las formas clínicas viene dada por los síntomas accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico” (Kraepelin, 1899, p.656).

Por otra parte, Henry-Ey (1978) la define como “progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (verblodung), y por los profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos” (p.507).

Luego Bleuler (1911) cambia el nombre de Demencia Precoz por el concepto de esquizofrenia, haciendo hincapié en lo que muestran los síntomas que se presentan en dicha enfermedad y no al curso y desenlace de la misma. De ésta forma confirma que la característica principal de la esquizofrenia era la división o fragmentación del pensamiento.

Freud en su texto “Neurosis y Psicosis” (1923-1924) realiza algunos señalamientos en cuanto al funcionamiento psíquico. Plantea que el yo se defiende de la pulsión mediante el mecanismo de represión, en tanto que la pulsión vuelve y se produce un destino sustitutivo -el síntoma- del cual el yo se defiende, ya que se siente amenazado.

Esto da como resultado la neurosis donde “el yo ha entrado en conflicto con el ello, al servicio del superyó y de la realidad; he ahí la descripción válida para todas las neurosis de transferencia” (Freud, 1923, p.156)

La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que la psicosis implica la perturbación en el vínculo entre el yo y el mundo exterior.

Siguiendo la misma línea, se toma en cuenta lo planteado por Klein (1946) referido a la psicosis. La misma hace mención a que la psicosis tiene sus inicios en la niñez.

Por esto, es imprescindible que en etapas tempranas de la vida del bebé su familia actúe como sostén y facilitador del cumplimiento de sus derechos y obligaciones, que den afecto y contención. La ausencia de los mismos implica una pérdida en la condición de sujeto en desarrollo, pudiendo generar futuros conflictos y dificultades en el desarrollo integral.

Melanie Klein (1946), a partir de su experiencia clínica plantea

En la temprana infancia surgen las ansiedades características de las psicosis, que conducen al yo a desarrollar mecanismos de defensa específicos. En este período se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas. Las ansiedades psicóticas, los mecanismos y las defensas del yo en la infancia ejercen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo, incluyendo el desarrollo del yo, superyó y relación de objeto (p.1).

## 1.2 Psicosis

Según Freud (1923-1924) la psicosis es “el desenlace análogo de una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (p.38).

Como contrapartida podemos mencionar a Marconi (1964) que se refiere a la psicosis como

Una mutación, es decir un cambio Estructural y cualitativo, de la conciencia de realidad (...) esta mutación tiene un carácter insólito, inesperado, a diferencia de los cambios producidos en el proceso normal de maduración psicobiológica (...) tiene un carácter productivo, en el sentido de que se desarrollan nuevos criterios de realidad. La Estructura nueva es agregada, es decir, compete y desplaza a la realidad existente previamente (p.66-67).

La psicosis como enfermedad mental dentro de las sociedades es de importancia ya que su aparición y padecimiento son de gran impacto. No solo por las dificultades que enfrentan las personas que la padecen, sino también por los obstáculos y el desconocimiento social que hay hacia ellas.

La psicosis en sus múltiples formas de manifestación se enmarca dentro de un campo de problemáticas que son inseparables de la clínica, siendo el Psicoanálisis de gran importancia y aporte en relación a la clínica de la psicosis.

Referido a lo planteado por Marconi (1964) sobre el cambio estructural en la psicosis, es necesario hablar sobre el concepto de escisión del yo, ya que el mismo nos permite observar el conflicto que se produce frente a la realidad.

Según Laplanche y Pontalis (1996) la escisión del yo es

La coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente. En toda psicosis, por profunda que sea, se comprueba la existencia de dos actitudes psíquicas: una que tiene en cuenta la realidad, la actitud normal, otra, que, por influencia de las pulsiones, separa al yo de la realidad (p.125).

La psicosis se deberá abordar desde el punto de vista psiquiátrico, y a través del trabajo de múltiples intervenciones.

Terriquez (2013) plantea que “la psicosis no se reduce a condiciones y variaciones biológicas; es un campo sobre el que muchas disciplinas tienen una Práctica de discurso: algo que decir y algo que hacer” (p.1217)

Siguiendo la misma línea y teniendo en cuenta lo mencionado sobre la psicosis es de importancia hacer una distinción entre psicosis delirantes crónicas y psicosis delirantes agudas ya que la psicosis puerperal se ubica dentro de las psicosis agudas.

Henry-Ey (1978) en el tratado de psiquiatría plantea sobre las psicosis delirantes crónicas lo siguiente

Son psicosis caracterizadas por “ideas delirantes” permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por ideas delirantes debe entenderse no sólo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ilación delirante (persecución, grandeza, etc.), sino también todo el desfile de fenómenos ideoafectivos en que el Delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc.) (p.483).

En tanto las psicosis delirantes agudas se diferencian de la anterior según Henry-Ey (1978)

Se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Constituyen verdaderas experiencias delirantes en el sentido de que el delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada, como una “experiencia” que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, de misterio, etc. (p.302).



## CAPÍTULO 2: PSICOSIS PUERPERAL

Desde lo mencionado y referido a la psicosis, surge la necesidad de comprender el puerperio a través de lo médico, psicológico y social, para entender la psicosis puerperal.

Será conveniente abordar los fenómenos vinculados a la maternidad y sus aspectos negativos, sin dejar de lado aquellas características positivas y gratificantes de esta experiencia.

En el curso del embarazo y el puerperio, la mujer experimenta cambios que en ocasiones originan consecuencias negativas para la madre y el niño.

Después del parto se producen en la madre una serie de cambios físicos, afectivos, emocionales y sociales, generando en algunos casos movilizaciones intensas y de desequilibrio en la misma. Durante la etapa del puerperio, la madre vivencia hipersensibilidad y sugestionabilidad que la ubica en un lugar de vulnerabilidad.

En relación a esta etapa Winnicott (1956) plantea el concepto de “preocupación maternal primaria”, comprendiendo la vivencia de la madre en este primer momento.

Establece una condición psiquiátrica que la madre debe alcanzar.

Gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recuperado del mismo. Iría aún más lejos y diría que el recuerdo que de este estado conservan las madres tiende a ser reprimido (Winnicott, 1956, p.407).

Siguiendo lo planteado por Winnicott (1956) en relación a las etapas emocionales que atraviesa la madre durante el embarazo y puerperio, sería pertinente mencionar las vías de información con las que se cuentan en nuestro país, que les permitiera a las mujeres comprender los distintos estados que podrían atravesar en dichas etapas.

En Uruguay en el año 2014 el Ministerio de Salud Pública elabora las Guías en Salud Sexual y Reproductiva (Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio).

El mismo define al puerperio como “el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado pre-concepcional” (p.101).

Desde el punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- Puerperio precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto.
- Puerperio tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos.
- Puerperio alejado: a partir de los cuarenta y dos días.

Éste es un periodo de gran exigencia para la mujer, desde el punto de vista biológico, psicológico y social (p.101).

La psicosis puerperal consiste en una patología psiquiátrica que puede desencadenarse en el postparto. Es un fenómeno clínico reconocido hace varios siglos, y a pesar de ser una patología de “escasa frecuencia”, el interés que se le ha dedicado es reducido, generalmente limitándose al campo de la psiquiatría.

Esta patología ya era reconocida desde el año 460 antes de Cristo, donde se la diferenciaba de la “frenitis aguda” del puerperio como un cuadro que según Sorano de Efeso (100 dc), se pensaba como “una enfermedad mental aguda acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno” (Monchablon y Peralta, 1995, p.1)

Según el Tratado de Psiquiatría de Henry-Ey (1978), la psicosis puerperal tiene una frecuencia de 1-2 casos de cada mil partos.

Son múltiples los factores psicosociales como biológicos que inciden en el desarrollo de la enfermedad, la combinación de alguno de ellos en la misma paciente es el desencadenante del episodio psicótico. Tiene una duración variable y en ocasiones es necesaria la hospitalización.

García López (2007) sostiene que dentro de los factores de importancia aparecen antecedentes de un Trastorno Afectivo, Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, episodios previos de psicosis puerperal, antecedentes familiares de Trastorno Afectivo, parto por cesárea, complicaciones en el parto, primípara, toxicomanías y vínculos sociofamiliares conflictivos (relación con la pareja y la relación con la madre). A los factores antes mencionados hay que agregarle los factores Hormonales (serotonina, estrógenos, prolactina, glicina), Neurotransmisores (receptores opioides endógenos), Anemia, Infecciones, tóxicos y fármacos.

La Organización Mundial de la Salud “estima entre 10 y 15 % la prevalencia de depresiones de distinta intensidad (que llegan a cuadros mayores) durante el primer año (OMS, 1948)” (Defey, 2009, p.48).

Muchas de estas mujeres no reciben ayuda a tiempo, lo que genera dificultades para la mamá, el bebé, y el vínculo entre ambos.

Hacer una rápida detección de esta patología será fundamental para diseñar el tratamiento más acorde y así favorecer la salud integral de la mujer y garantizar la diada madre-bebé.

La psicosis puerperal, es una patología que impacta en la madre y la familia, por lo tanto será necesario el compromiso de los demás integrantes para lograr un proceso favorable.

Para lograr dicho objetivo es fundamental el trabajo desde el primer nivel de atención en salud, a favor de la promoción y prevención del cuidado materno y de la infancia.

A nivel nacional son escasos los espacios de consulta o intercambio para la mujer postparto comprendidos en el primer nivel de atención en salud. Algunas instituciones brindan talleres de crianza, policlínica de la lactancia o gimnasia postparto, aumentando la posibilidad de identificar dificultades en el puerperio.

En relación a la psicosis puerperal existen varios autores que la definen, a continuación serán mencionados algunos

Klompener (1991) la define como un

Cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un periodo de dos semanas después del parto. Dicho cuadro se caracteriza por oscilaciones de la afectividad, alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, delirios y elaboraciones deliriosas con un contenido típico, referido a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción, gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado caleidoscópico (p.224-261).

Assanelli y Defey (1997) plantean que la psicosis puerperal “se encuentra en el grupo de las psicosis delirantes agudas, por lo cual no implica una psicosis clínica previa, si bien generalmente surge en el campo fértil de una personalidad pre psicótica” (p.4).

Por su parte, Henry-Ey en el Tratado de Psiquiatría (1978) a este cuadro psicopatológico lo especifica como de “comienzo brutal, de los dos a los diez días después del parto (...) el estado confusional puede ser discreto (simple obnubilación) o grave y confinar al estupor. Generalmente, se trata de un estado confuso-onírico de tonalidad ansiosa” (p.747).

La psicosis puerperal no figura como entidad nosológica independiente. En el DSM-IV (1995) el trastorno más similar es el Trastorno Psicótico Breve. La característica principal del trastorno psicótico breve es

Una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (Criterio A). Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (alucinógeno) o a enfermedad médica (Criterio C) (p.308-309).

El DSM- IV (1995) plantea la clasificación basada en

Con desencadenante (s) grave (s): se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural Sin desencadenante (s) graves (s): se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. De inicio en el posparto: esta especificación se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del posparto (p.309).

A pesar de las diferentes definiciones que existen en relación a esta patología, la psicosis puerperal como cuadro psicopatológico se ha relegado al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso con terapias electro convulsivas.

Hoy en día no hay acuerdo en relación a si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si está dentro de las psicosis cicloides. Las razones por las que se produce la psicosis puerperal no aparecen con claridad.

Las investigaciones que se encuentran hasta el momento, atribuyen la causa a factores de desajustes hormonales, sociales, biológicos y afectivos.

En la medida que los síntomas psicóticos empiezan a remitir, será necesario introducir medidas terapéuticas psicosociales. Dentro de ellas será de relevancia el restablecimiento del vínculo materno- filial, permitiendo que la paciente reasuma su rol materno.

En cuanto al pronóstico y evolución, a corto plazo “es bueno (muy relacionado con la correcta evolución del episodio psicótico puerperal)” (Spinell, 2004, p.1.548-1.557)

La posibilidad de otro episodio psicótico está vinculada a la presencia de embarazos posteriores.

A largo plazo, el pronóstico “no es tan optimista ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica (esta vez sin relación con el puerperio)” (Spinell, 2004, p.1.548-1.557)

Se deberá tener en cuenta que la respuesta incompleta al tratamiento se asocia al maltrato infantil, y en otros casos se produce infanticidio.

El infanticidio consiste en “en la acción homicida de un padre/madre contra la vida de su hijo(a), teniendo este más de 24 horas de nacido, es decir, entre 25 horas de vida y 1 año de edad” (Resnick, 1969, p.325-334)

Resnick (1969) plantea

Si bien el mayor riesgo de muerte violenta de un hijo a manos de sus padres se concentra en las primeras 24 horas de nacido (neonaticidio), este se extiende hasta los primeros seis meses de vida, mientras duran los síntomas de depresión posparto de la madre, que se manifiestan en la psicosis. Cuanto más pequeño es el menor, el peligro aumenta al percibir la madre al bebé como su posesión (p.325-344).

El embarazo y el puerperio son etapas esenciales para el desarrollo de un nuevo ser y en las cuales se constituye la vinculación posterior entre madre e hijo.

Por otra parte, será necesario poder identificar las diferencias que existen entre psicosis puerperal y la depresión posparto ya que las formas de diagnóstico, intervención y evolución son distintas.

## 2.1 Depresión postparto y psicosis puerperal

La depresión postparto a diferencia de la psicosis puerperal, es un trastorno que aparece luego de las primeras semanas postparto, se caracteriza por “intensos sentimientos de culpa en relación al hijo, la dificultad de disfrutarlo, junto a enormes esfuerzos llenos de vergüenza y desesperanza respecto a las funciones maternas” (Corbo et al., 2011, p.10)

En la depresión postparto no hay presencia de síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios.

Es de interés mencionar que la prevalencia de la depresión postparto es mayor a la de la psicosis puerperal. El último estudio encontrado en Uruguay sobre la depresión postparto, realizado en el año 2014, fue elaborado por la Facultad de Enfermería.

“Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo” (Aristimuño, Gularte, Milán, Olivera y Santana, 2014), es el nombre del trabajo final de investigación, desarrollado en una policlínica de Casavalle en octubre 2014.

En el mismo se señala que a través de la aplicación de la escala de Edimburgo a 31 puérperas, se obtuvo una prevalencia de DPP de 41.94%.

En Uruguay no se conocen estudios ni cifras exactas sobre la psicosis puerperal, siendo las cifras que se manejan las mismas que a nivel mundial, ya antes mencionada.

Otra característica que diferencia ambas patologías es la existencia de la Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) en su versión traducida y validada al español (Escala de Edimburgo) para la efectiva detección de síntomas depresivos.

Dicha escala “se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto” (Cox, Holden y Sagovsky, 1987, p.1)

Es el instrumento más utilizado para la identificación de la depresión postparto, tanto a nivel clínico como en investigaciones.

Será de importancia para la atención de la madre y el bebé hacer un diagnóstico correcto en relación a estas patologías, ya que en ocasiones puede enmascarse la psicosis puerperal con una depresión postparto.

Se deberá conocer la existencia de alguna patología previa, como puede ser anemia, o problemas en la tiroides ya que estas enfermedades orgánicas pueden alterar el funcionamiento psíquico de la mujer.

Siguiendo la misma línea, es fundamental el rol que cumple la Atención Primaria en Salud (APS), aprobada con Alma Ata en 1978. La APS se caracteriza por tres puntos:

Según Saforcada (2001), el primero “prioriza la atención de los problemas de salud de mayor prevalencia y/o de mayor efecto multiplicador, lo que a su vez, son los de menor complejidad desde el punto de vista científico-técnico” (p.37).

El segundo promueve la participación y el tercer punto hace referencia a “jerarquizar la protección y promoción de la salud y el control de los factores de riesgo por sobre la asistencia de la enfermedad” (Saforcada, 2001, p.37)

Existen tres niveles, el primero es el más cercano a la población, donde se atienden las necesidades básicas y frecuentes, de baja complejidad. Se llevan a cabo actividades de promoción de salud, prevención, rehabilitación y diagnóstico precoz.

Al respecto, Saforcada (2001) le otorga a este nivel gran importancia, remarcando los beneficios de trabajar con la población sana.

En el segundo nivel de atención se tratan casos de complejidad media. Se entiende que entre el primer y segundo nivel se pueden solucionar gran parte de los problemas de salud de la población, ya que en el segundo nivel se da atención integral a las hospitalizaciones breves o de media estancia (Ley N° 18.211, 2007).

El nivel que representa mayor grado de complejidad, es el tercer nivel de atención. Dado que en él se tratan casos que requieren procedimientos especializados y con alta tecnología. En este nivel se atienden patologías complejas.

En relación a lo mencionado será de gran ayuda para un diagnóstico correcto, el trabajo que se realice en el primer nivel, ya que es ahí donde se podría inferir la existencia de una depresión postparto o una psicosis puerperal, teniendo en cuenta los antecedentes de la madre.

Para el cuidado de la madre y del bebé es necesario pensar cómo se deberá trabajar para poder restablecer el vínculo madre-hijo luego del parto.

El parto es la etapa donde se produce la separación física, originando en la mujer la pérdida de la omnipotencia, acompañado de cambios físicos, hormonales y psicológicos.

La psicosis puerperal permite la posibilidad de pensar y comprender los conflictos que explicarían las limitaciones, o discapacidades, de la madre para desarrollar el rol de la “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1956, p.405-412)

### **CAPÍTULO 3: VALORACIÓN EMOCIONAL EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

Este capítulo propone, dar a conocer que la salud mental es olvidada en estas etapas, en relación a los cambios físicos que ocurren en la mujer durante un periodo de vida tan importante como es la llegada de un hijo. Es pertinente valorar y abordar los factores psicológicos y emocionales que atraviesan las mismas durante la gestación y el puerperio ya que nos darán estrategias para su intervención y contención.

La incidencia de diferentes patologías, junto con el peligro de las secuelas que pueden desatar, si no son tratadas correctamente, exponen el por qué es importante cuidar la salud mental de la mujer durante estos ciclos. Las consecuencias de las mismas no solo recaen en la familia sino en el desarrollo del hijo.

No hay modo de impedir la aparición de las diversas patologías existentes en torno al embarazo, parto y puerperio, pero si se pueden atenuar a través de la asistencia y colaboración de distintos servicios asistenciales como la Atención Primaria, grupos de apoyo o asistencia psicológica/psiquiátrica en relación a la complejidad de la situación.

Desde la clínica, el entendimiento de como dañan los factores emocionales al embarazo, parto y puerperio, ayudarán a la mejora, desde lo asistencial como para el grado de complacencia en la mujer. Lograr una prevención primaria y un diagnóstico precoz de las patologías, permitirá que la mujer logre un transcurso de embarazo y postparto regular.

Además, una mejora del estado emocional contribuirá a disminuir futuras complicaciones y evitara mayores padecimientos tanto en la madre como en el niño.

Desde la prevención primaria se pueden realizar trabajos de educación materna temprana y la promoción de hábitos saludables. En la educación materna temprana “existen tres momentos en los que se refiere a psicoeducación sanitaria, la prenatal, posnatal precoz y posnatal” (Escuriet y Martínez, 2004, p.30-35)

No es fácil la detección precoz en las patologías que pueden desencadenarse en el embarazo, parto y puerperio. Esto genera que muchas de las mujeres que las padecen pasen inadvertidas, ya que en ocasiones están condicionadas por la sociedad en la que viven, que entiende que este período debe ser transitado con alegría y felicidad.

El diagnóstico de la alteración permitirá lograr una detección precoz, para eso será necesario contar con determinada información acerca de la mujer. Su historia clínica, poder identificar si se encuentra en un grupo de riesgo, ofrecer información a la pareja sobre los síntomas patológicos y los sentimientos que puedan aparecer.

Existen múltiples herramientas con las que el personal sanitario cuenta para hacer una valoración y detectar la aparición y la expresión de síntomas como la ansiedad, depresión, melancolía, contención social entre otros.

Entre ellas se encuentra la Escala de Edimburgo para la depresión postparto mencionada en el capítulo 2.1. La Escala de valoración de Hamilton (HDRS) “es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido” (Hamilton, 1960, p.56-62)

La escala de evaluación Hamilton para la ansiedad permite “determinar el grado de ansiedad generalizada de la paciente. Funciona como una entrevista semi-estandarizada” (Bulbena, Berrio y Fernández, 2003, p.373)

Y la subescala de ansiedad de Goldberg es “una escala heteroaplicada que se realiza durante la entrevista clínica” (Castellanos Cabañas y Gascón Buendía, 2011, p.7-13)

Luego de lo mencionado en relación a la valoración de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, surge pensar que incidencia tiene sobre la mujer la maternidad y como la misma impacta sobre el estado anímico de la mujer en el momento de ejercerla.

El concepto de maternidad ha variado a lo largo de los años y en ocasiones está condicionada por la sociedad y los países en la que se desarrolla.

Diferentes autores han intentado construir un concepto sobre la maternidad que ha girado en torno a cuál es la forma correcta en que las madres deben educar y criar a sus hijos.

Alison Jagger (1983), en su libro *Feminist Politics and Human Nature*, plantea un recorrido en lo que en ese momento eran las tres vertientes del feminismo “la liberal, la radical y la social”.

La autora critica al movimiento por una maternidad científica, ya que el mismo plantea “las madres no saben cómo criar a sus hijos; y que son “expertos”, que a lo largo del siglo XX fueron por lo general hombres, quienes deben mostrarles la forma de hacerlo” (p.311-312).

Jagger (1983) expone “si la crianza de los hijos es una ciencia, se trata de una que cambia con extraordinaria rapidez (...) hay, no obstante, una constante y es que los niños y niñas necesitan grandes cantidades de atención adulta y estimulación” (p.311-312).

Años más tarde Hays (1986) confirma que lo expuesto por Jagger (1983) seguía vigente. Hays plantea elementos que caracterizaban la visión sobre la crianza correcta de los hijos y dice

La madre debe ser la principal cuidadora, debe prodigar grandes cantidades de tiempo, energía y recursos materiales al hijo, poner las necesidades de su hijo sobre las suyas y reconocer y responder a todas las necesidades y deseos del niño en cada etapa, para lo cual debe tener suficientes conocimientos de cuál es la opinión de los expertos al respecto (p.8).

Lo expuesto sobre la maternidad intenta dar cuenta de que la misma tiene gran influencia en el estado emocional de la mujer durante el embarazo y en el transcurso de la maternidad. Esto hace considerar la importancia de la valoración ya que todas las mujeres viven y afrontan la maternidad de forma diferente.

No solo ha variado el concepto de maternidad sino también ha cambiado el concepto sobre la niñez, generando según las circunstancias más presiones sobre la madre. Estas presiones que provienen del medio social y en ocasiones desde su entorno familiar, generan muchas veces cambios en el estado emocional que interfieren con el desarrollo de la maternidad, poniendo en riesgo y en situación de vulnerabilidad a la mujer.

Al respecto Badinter (1991) plantea “le crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran (...) el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo (p.117).



## CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LA RELACIÓN MADRE-HIJO

Se deberán definir las estrategias a seguir para lograr un buen funcionamiento del vínculo madre e hijo, luego de que la madre haya pasado la fase aguda de la patología.

Defey, D (1996) sostiene que diversos autores como Stern, Lebovici y Palacios Espasa, han trabajado sobre las interacciones tempranas, su patología y tratamiento, planteando que estos se diferencian de autores norteamericanos que apuntan a cambios en la interacción madre e hijo actuando sobre ella. Estos últimos se basan en las terapias breves dirigidas a las representaciones mentales de los padres, en particular a la de la madre. Este tipo de abordaje fue desarrollado por Malan, Sifneos, Braier y Kesselman, referente a las llamadas “psicoterapias focales”.

Con ellas

Se aborda y busca resolver una problemática específica que se ha erigido en situación crítica y que ha movilizó una conflictiva conexa (consciente o no) subyacente no resuelta. Se trata de psicoterapias de duración y objetivos definidos, cuyos efectos, sin embargo, se extienden a temáticas afines y a otras áreas de la personalidad, especialmente con el paso del tiempo (Defey, 1996, p.189-190).

Se deberá buscar que la madre pueda establecer un vínculo “sano” con su hijo, ya que el mismo será la base de una buena estructuración psíquica del bebe.

De acuerdo a Colombo y Beigbeder (2005), desde un enfoque evolutivo, el niño es un ser en desarrollo. Desde su estructuración del aparato psíquico y su construcción de esquemas de pensamientos, el mismo se encuentra en un estado de inmadurez por lo que aún no está preparado para enfrentar situaciones que puedan generarle estrés.

Es en la primera y segunda infancia donde se encuentran reconociendo roles, emociones, sensaciones, sentimientos y vínculos.

Es por esto que las mismas establecen la necesidad de que el niño ocupe un lugar dentro del núcleo familiar y dentro de la sociedad, donde se promuevan los cuidados necesarios, tanto como el afecto, la contención, los límites y valores para su buen desarrollo y comprensión de la realidad.

Se plantea en la teoría del apego que “es esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre, en la que ambos hallen satisfacción y goce (Bowlby, 1989)” (Colombo y Beigbeder, 2005, p.27)

Se define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo (Bowlby, 1989)” (Colombo y Beigbeder, 2005, p.27-28)

Los padres deberán lograr que el niño pueda generar vínculos estables y seguros, que le permitan sentirse cuidado a lo largo de su infancia.

Serán imprescindibles las “buenas experiencias que el niño tenga con sus padres, ya que las mismas serán fundamentales para que el niño logre establecer vínculos afectivos sanos en el transcurso de la vida (Bowlby, 1986)” (Garrido-Rojas, 2006, p.494)

A partir de lo mencionado y teniendo en cuenta que la paciente a futuro puede presentar otra patología psiquiátrica, surgen las interrogantes de cuáles serían las posibles estrategias a seguir en caso de que la madre ni su entorno familiar puedan hacerse cargo del niño.

Es de importancia pensar quien o quienes pueden ocupar el lugar de madre o familia “sustituta” para evitar que el bebé corra riesgo de tener desde sus primeros días, malas experiencias en relación a la falta de afecto y carencia de cercanía con un otro, que generen posibles secuelas a futuro.

A nivel internacional, en particular en Europa, se han desarrollado las llamadas unidades madre-hijo, para dar respuesta asistencial a este problema. Bakker (1959) fue uno de los pioneros en Inglaterra, creando la unidad de madres con esquizofrenia. La unidad “son servicios hospitalarios que aspiran dar respuesta a los problemas y necesidades de las madres mentalmente enfermas, así como a sus hijos recién nacidos” (Bakker, 1961, p.237-239)

En Inglaterra y EE.UU, han sido desarrollados “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” (Miller, 1996, p.77)

Haciendo referencia a lo mencionado sobre la psicosis puerperal, y teniendo en cuenta las estrategias de intervención y abordaje sobre la madre, es que surge la idea de pensar cuales son las estrategias que se podrían utilizar en relación al bebé, en caso de que el entorno familiar no pueda hacerse cargo del mismo.

Una posible línea de abordaje y contención hacia él bebe es pensada a partir del Sistema Integral de Cuidados, aprobado el 27 de Noviembre de 2015 amparado bajo la Ley N° 19.353.

En el Capítulo I: Disposiciones generales, el Artículo 1 plantea “la universalización de los cuidados a las personas en situación de dependencia” (2015, p.1).

En el Artículo 2º del mismo capítulo se establece

La presente ley tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado (p.1).

En el Capítulo II: Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia y de quienes prestan cuidados, el Artículo 8º, establece quienes son titulares de los derechos

A) Quienes se encuentren en situación de dependencia, considerando como tales las personas que requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria.

Por ello, se consideran personas en situación de dependencia

1) Niñas y niños de hasta doce años.

2) Personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

3) Personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

B) Quienes prestan servicios de cuidados.

El Poder Ejecutivo reglamentará las condiciones de acceso a los servicios y prestaciones que formen parte del SNIC.

El Sistema de Cuidados contempla el derecho a ser cuidado para toda la infancia de 0 a 12 años, con especial énfasis en la primera infancia (de 0 a 3 años).

En lo que respecta a la primera infancia el Sistema de Cuidados cuenta con las llamadas Casas Comunitarias de Cuidados (CCC). Las mismas fueron creadas en el año 2015, por un grupo interinstitucional formado por INAU, MEC, MSP, MIDES (Inmujeres, SNS, UCC).

Las CCC corresponden a INAU, el mismo encargado de la autorización, formación y supervisión del mismo. Estas ofrecen “un servicio de cuidado para primera infancia brindado por un/a cuidador/a debidamente autorizado/a, que desarrolla su labor en su hogar o en un espacio físico comunitario habilitado para tal fin” (p.1).

Este servicio está dirigido a “niños/as mayores de 45 días y menores de 12 meses, pudiendo contar con el derecho hasta los dos años de edad. En casos excepcionales y debidamente justificados podrá otorgarse la prestación hasta los 36 meses” (p.1).

## REFLEXIONES FINALES

La propuesta de este trabajo ha girado en torno a la psicosis puerperal como enfermedad mental que se puede suscitar en algunas mujeres en el postparto. Es decir, la forma en que algunas mujeres transitan esta enfermedad, su desenlace y evolución, así como también cuales son los posibles caminos de intervención desde la psicología que permitan el restablecimiento de la paciente y el vínculo con su hijo.

Para ello, la perspectiva teórica seleccionada fue elegida con el fin de lograr un abordaje desde la interdisciplinariedad. Buscando diferentes líneas de trabajo donde se pueda pensar de forma integral, con un enfoque desde la psicopatología como desde aspectos del psicoanálisis.

Nos permite pensar a la mujer no solo desde los aspectos biológicos, sino también los emocionales y afectivos. Teniendo como objetivo la búsqueda de líneas de intervención que apuesten a una contención, no solo cuando la enfermedad está en curso sino también en momentos previos y posteriores a la misma.

Asimismo, fue fundamental indagar sobre ciertas consideraciones respecto a la psicosis puerperal y la depresión postparto para lograr una diferenciación diagnóstica y así establecer líneas de trabajo.

El recorrido bibliográfico posibilitó poner en discusión el lugar que ocupan estas mujeres dentro de las prestaciones de salud en Uruguay.

Del mismo surge considerar, la falta de información acerca de datos que den cuenta de las mujeres que han padecido de psicosis puerperal, teniendo que tomar como referencia datos ligados a nivel mundial.

Es de interés destacar que a nivel nacional existe el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, creado en el año 2011.

Este busca generar un cambio en el modelo de asistencia como el que plantea el Sistema Nacional Integrado de Salud, teniendo en cuenta que la enfermedad mental no es individual sino que está vinculada a lo familiar y lo social.

Dicho Plan, si bien establece una fijación de prioridades y la realización de intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas a la población con necesidades en el área de salud mental, fijando diferentes áreas, metas y objetivos en adultos, niños y adolescentes, no tiene en cuenta a la mujer en el periodo del embarazo, parto y puerperio. No hace mención a la evaluación y monitoreo emocional a mujeres en el transcurso de los mismos ni en situación de riesgo.

Surge de la presentación de esta patología, la posibilidad de incursionar otros aspectos que involucran a la maternidad, el rol de la mujer y las fantasías que proyecta la sociedad y su familia sobre la misma.

Si bien la maternidad y el embarazo son etapas que la mujer debería vivirlas con alegría y felicidad, hay en la misma un sinfín de cambios tanto físicos como emocionales que en ocasiones afectan su estado emocional y que tiene características diferentes según la sociedad en la que se inscriba.

En este sentido Lozano (2006) plantea “la maternidad es una categoría discursiva que nos ayuda a interpretar la representación de una serie de ideales sociales construidos en su entorno” (p.125).

Poder reflexionar sobre el embarazo, parto y puerperio, me permitió pensar la forma en que se atiende a la mujer, en el transcurso y desarrollo de estas etapas, donde en general es desde una perspectiva relacionada al Modelo Médico Hegemónico.

El mismo según Menéndez (1985) “se centra en el modelo positivista, que apunta a la curación de la patología, llama medicina del órgano a la medicina, con sus últimos adelantos en materia de alta tecnología o tecnología de punta” (p.21-35).

Esta forma de abordaje deja escapar la posibilidad de que la mujer sea contenida en estas etapas como un todo, que incluya tanto lo fisiológico como lo emocional.

Donde se trabaje desde una visión integral, que promueva el trabajo en equipo, promoviendo estilos de vida, el desarrollo de habilidades y se trabaje sobre la prevención de probabilidades de riesgo. Que permita analizar las prácticas desde un enfoque de derechos, no solo como usuarias de un servicio, sino que apunte a una maternidad saludable, un conocimiento más amplio de su cuerpo y sus emociones.

Como futura profesional de la salud, este trabajo me ha permitido reflexionar y cuestionar el rol del psicólogo en el campo de la salud, en particular en patologías referidas al embarazo, parto y puerperio y la forma en como el psicólogo hace uso de los distintos enfoques, que le permitan analizar las practicas desde una mirada de derechos, donde pueda tomar como referencia la Ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007) que plantea dentro de sus principios los siguientes objetivos en el Artículo 4º (p.2)

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
  
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

Para finalizar, pensar al psicólogo como herramienta para generar espacios de encuentro que incluya a pacientes y familiares, brindando información, asesoramiento y orientación sobre líneas de acción que permitan facilitar el mejoramiento de los estilos de vida, dándole mayor autonomía de la paciente, generando contención que permita menores padecimientos tanto para la madre, el hijo y su entorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristimuño, N, Gularte, G, Milán, M, Olivera, C & Santana, S (2014). Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo. (Tesis de grado inédita). Facultad de Enfermería, Montevideo, Uruguay.
- Assanelli, M & Defey, D. (1997). Psicopatología del puerperio. Temas de Medicina 3.
- Badinter, E. (1991). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós.
- Bakker, A. (1961). Admitting schizophrenic mothers whit their babies. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/233910185\\_PSICOSIS\\_PUERPERAL\\_Aspectos\\_clinicos\\_y\\_asistenciales](https://www.researchgate.net/publication/233910185_PSICOSIS_PUERPERAL_Aspectos_clinicos_y_asistenciales)
- Bulbena A, Berrio G, & Fernández P. (2003). Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson.
- Castellanos, G. (2011). Ansiedad y depresión en el embarazo. Revista Presencia.
- Colombo, R & Beigbeder de Agosta, C. (2005). Abuso y maltrato infantil. Hora de juego diagnóstica (2da ed.). Buenos Aires: Cauquen.
- Corbo, G, Defey, D & D´ Oliveira, N. (2011). De-presiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, Uruguay: PNUD y MSP.
- Cox, J, Holden, J & Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de post-parto de Edinburgh. Revista Britanica de psiquiatría (150). Recuperado de [http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah\\_cpssp\\_pp\\_depression\\_screening\\_sp.pdf](http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah_cpssp_pp_depression_screening_sp.pdf)
- Defey, D. (2009). El Trabajo psicológico y social con las embarazadas y sus familias en los Centros de Salud. Montevideo, Uruguay: CAIF y PNUD.
- Ey,H, Bernard, P & Brisset, C. (1978). Tratado de psiquiatría (8ª ed.). Barcelona: Masson.

- Escuriet, R & Martínez, L. (2004). Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Profesión*. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7317/173/problemas-de-salud-y-motivos-de-preocupacion-percibidos-por-las-puerparas-antes-del-alta-hospitalaria>
- Fiorini, H, Defey, D, Elizalde, J, Menéndez, P & Rivera, J. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. Prensa Medica Latinoamericana.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras completas (Vol. XIX) Buenos Aires – Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1923-1924). *Neurosis y Psicosis* (Vol. 19) Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García López, M<sup>a</sup> & Otín Llop, R. (2007). Sobre la psicosis puerperal. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019653017.pdf>
- Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicancias para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342006000300004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342006000300004&script=sci_abstract)
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press, New Haven and London.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Recuperado de <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
- Jagger, A. (1988). *Feminist Politics and Human Nature*. Rowman y Littlefield Publishers.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Recuperado de: [http://rachel.golearn.us/modules/es-bibliofilo/content/Klein,%20Melanie%20\(1882-1960\)/Klein,%20Melanie%20%20Notas%20sobre%20algunos%20mecanismos%20esquizoides.PDF](http://rachel.golearn.us/modules/es-bibliofilo/content/Klein,%20Melanie%20(1882-1960)/Klein,%20Melanie%20%20Notas%20sobre%20algunos%20mecanismos%20esquizoides.PDF)



- Klompenhouwer, J & Van Hulst, A. (1991). The Classification of post-partum psychosis: a study of 50 mother and baby admission in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/233910185\\_PSICOSIS\\_PUERPERAL\\_Aspectos\\_clinicos\\_y\\_asistenciales](https://www.researchgate.net/publication/233910185_PSICOSIS_PUERPERAL_Aspectos_clinicos_y_asistenciales)
- Kraepelin, E. (1899). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler Recuperado de [https://www.google.com.uy/?gws\\_rd=ssl#q=dos+visiones+de+la+esquizofrenia+kraepelin+y+bleuler](https://www.google.com.uy/?gws_rd=ssl#q=dos+visiones+de+la+esquizofrenia+kraepelin+y+bleuler)
- Laplanche, J & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>
- Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. D.O. 13 dic/007 - N° 27384 (2007)
- Ley 19.353 Sistema Nacional Integrado de Cuidados D.O. 08 dic/015 - N° 29351 (2015)
- Lozano, M. (2006). *La maternidad en escena: mujeres, reproducción y representación cultural*. Ed: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio (2014). Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Marconi, J. (1964). *Una Teoría Estructural de las Psicosis*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Menéndez, E. (1985). *Crisis del Modelo Médico Hegemónico*. Cuadernos Médicos Sociales.
- Miller, L. (1996). Chicago Women's Program: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. *Psychiatric Services*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/233910185\\_PSICOSIS\\_PUERPERAL\\_Aspectos\\_clinicos\\_y\\_asistenciales](https://www.researchgate.net/publication/233910185_PSICOSIS_PUERPERAL_Aspectos_clinicos_y_asistenciales)
- Monchablon, A & Peralta, M. (1995). Psicosis Puerperales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* N° 15. Recuperado de [http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15\\_04.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15_04.htm)

- Pier, P, López, J & Valdés, M. (1995). DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011). Recuperado de <http://www.supia.org.uy/PRESTACIONES.pdf>
- Porter, R. (2002). Breve historia de la locura. Recuperado de [http://kalathos.metro.inter.edu/Num\\_2/resenahistoriadela locura.pdf](http://kalathos.metro.inter.edu/Num_2/resenahistoriadela locura.pdf)
- Resnick, P. (1969). Filicidio, infanticidio y neonaticidio. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-31082015000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082015000300007)
- Saforcada, E. (2001). El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Buenos Aires: Proa XXI.
- Sistema de Cuidados. (2015). Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61037/1/innova.front/ninas-y-ninos-de-0-a-3-anos>
- Spinell, M. (2004). Maternal Infanticide Associated with Mental Illness: Prevention and the Promises of Safer Lives. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019653017.pdf>
- Terríquez, M. (2013). El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica: Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación. *Recuperado de* <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/43698>
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona, España: Laia.