



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PARTERAS**

***Alteraciones psicológicas en el puerperio: elementos que orienten a la/el  
Obstetra Partera/o en Primer Nivel de Atención para una derivación  
oportuna***

Trabajo Final de Grado presentado como requisito para la obtención del título  
**Obstetra Partera/o**

**Autora:** Br. Valentina Mello de Souza

**Tutora:** Prof. Adj. Lic. Psic. Carolina Farías

**Co-tutora:** Prof. OP Eliana Martínez

**Montevideo, Junio 2022**

## Agradecimientos

A DIOS por elegirme para esta misión, este camino donde me permite cuidar y dar la bienvenida a sus obras más perfectas.

A MAMÁ, por dar todo de sí siempre para que yo pueda ser lo que soy y por ser mi mayor ejemplo de fuerza, amor y resiliencia.

A MIS ABUELOS, mis pilares, por su apoyo constante y amor incondicional en cada una de mis etapas y procesos.

A MI HERMANA, por creer en mí y hacerme ver las cosas con otra mirada.

A JUAN, por su apoyo incondicional, cuidado, comprensión, amor y cariño. A su FAMILIA, mi segunda familia que quiero tanto.

A MIS AMIGAS, por ser tan esenciales en cada etapa.

A CAROLINA y ELIANA por toda su dedicación y compromiso con este trabajo.

Por último un gracias enorme a todas/os las/los DOCENTES que hicieron parte de mi vida y de mi trayectoria como estudiante, instruyéndome y guiándome. A todas las OBSTETRAS PARTERAS que cruzaron mi camino enseñándome cosas tan valiosas y únicas propias de la profesión y de la vida misma, que en ningún libro podría encontrar. ¡Qué noble e invaluable labor, qué grata recompensa la de ser guardianas del embarazo y del parto!

# Tabla de contenidos

<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Tabla de contenidos</b>	<b>3</b>
<b>Glosario de Abreviaturas</b>	<b>5</b>
<b>Resumen</b>	<b>6</b>
<b>Abstract</b>	<b>7</b>
<b>Introducción</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos</b>	<b>11</b>
<b>Metodología</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>12</b>
<b>Reformas en la salud: relevancia del Primer Nivel de Atención</b>	<b>12</b>
I.1 Reforma del sistema de salud en Uruguay	16
I.2 Rol de la/el Obstetra Partera/o en Primer Nivel de Atención: perfil y capacidades	17
En suma	18
<b>Capítulo II</b>	<b>20</b>
<b>Salud: un enfoque hacia la salud mental</b>	<b>20</b>
En suma	24
<b>Capítulo III</b>	<b>26</b>
<b>El Puerperio</b>	<b>26</b>
III.1 Definición de puerperio	27
III.2. Puerperio biológico normal	27
III.4. Puerperio biológico patológico	29
III.5. Puerperio Psicológico y Psicopatológico	31
En suma	32
<b>Capítulo IV</b>	<b>34</b>
<b>Salud mental en el Puerperio: aspectos psicológicos</b>	<b>34</b>
IV.1. El puerperio primerizo	36

IV.2. Puerperio luego de sufrir violencia obstétrica	39
IV.3. Puerperio luego de una cesárea	42
IV.4. Puerperio hospitalario	44
IV.5. Puerperio en solitario	45
IV.6. Puerperio múltiple.	45
IV.7. Puerperios encadenados	46
IV.8. Puerperios sin bebé vivo	47
IV.9. Puerperio Arcoíris	48
IV.10. Puerperio en Tiempos de Pandemia	50
En suma	51
<b>Capítulo V</b>	<b>53</b>
<b>Psicopatologías del puerperio:</b>	<b>53</b>
V.1. Baby Blues	55
V.1.1. Etiología	55
V.1.2. Sintomatología	56
V.1.3. Tratamiento	57
V.2. Depresión Posparto	57
V.2.1. Etiología	58
V.2.2. Sintomatología	63
V.2.3. Tratamiento	63
V.2.4. Identificación y Evaluación de las Psicopatologías del Puerperio	65
V.3. Psicosis Puerperal	68
V.3.1. Etiología	69
V.3.2. Sintomatología	70
V.3.3. Tratamiento	71
En suma	71
<b>Capítulo VI</b>	<b>73</b>
<b>Maternidad y Puerperio: políticas públicas vigentes en Uruguay</b>	<b>73</b>
VI.1. Factores psicosociales de apoyo a la mujer y su familia.	75
VI.1.1. Grupos de apoyo no estatales	77
VI.2. Aspectos legales de la maternidad: la incorporación al trabajo y la licencia por maternidad	78
VI.2.1. Lactancia Materna	81
En suma	82
<b>Reflexiones finales</b>	<b>84</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>89</b>

# Glosario de Abreviaturas

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

APS: Atención Primaria de Salud

ARO: Alto Riesgo Obstétrico

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DPP: Depresión Posparto

ECH: Encuesta Continua de Hogares

FLASOG: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

HPP: Hemorragia Posparto

IMM: Intendencia Municipal de

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MDS: Ministerio de Desarrollo Social

MMC: Método Madre Canguro

MSP: Ministerio de Salud Pública

NIMH: National Institute of Mental Health

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAIM: Programa de Atención Integral a la Mujer

PP: Psicosis Posparto

RAP: Red de Atención del Primer Nivel

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

TEP: Trastorno del Estrés Postraumático

TPP: Tristeza Posparto

UCC: Uruguay Crece Contigo

VO: Violencia Obstétrica

# Resumen

En cuanto a la salud mental en el puerperio, existe gran cantidad de información sobre la depresión posparto, pero, ¿es la única psicopatología del puerperio?

Baby Blues, Depresión Posparto y Psicosis Puerperal son los grandes fantasmas que acompañan muchos puerperios silenciados generando así cifras de gran prevalencia a nivel mundial.

Este trabajo fue realizado con el afán de recapitular todos los elementos entre factores de riesgo y síntomas que logren orientar a profesionales de la salud, en especial Obstetras Parteras/os, sobre posibles psicopatologías en el puerperio, encuadrándolos para su detección en las consultas llevadas a cabo en Primer Nivel de Atención por ser el espacio del Sistema de Salud más cercano a la comunidad. Una vez identificados, procederán a ser atendidos con profesionales de la salud mental.

Para ello se realizó un relevamiento bibliográfico minucioso llegando a la conclusión de que la tristeza puerperal o baby blues afecta a una gran cantidad de mujeres causado principalmente por los cambios hormonales fisiológicos del puerperio. Le sigue la depresión posparto la cual presenta diversos factores de riesgo para desarrollarla, pudiendo ser detectada a tiempo a través de la Escala de Edimburgo, método fácil y rápido que permite también prevenirla. Por último la psicosis puerperal es la menos frecuente y considerada un cuadro de emergencia en la salud mental por el riesgo de suicidio y filicidio, siendo el parto el principal factor de riesgo para su eclosión.

El vínculo entre la mamá y el bebé, la lactancia materna y la integración a grupos de apoyo forman factores protectores de la salud mental incentivando así una transición más amena y agradable hacia la maternidad.

Palabras clave: puerperio, salud mental, psicopatologías del puerperio.

## Abstract

There is vast information about postpartum depression in connection with mental health during puerperium; however, is depression the only psychopathy throughout

postpartum?

Baby Blues, postpartum depression, postpartum psychosis are some of the greatest ghosts that reside on silenced puerperium, these growing numbers are dominating the world.

The thesis herein was brought to life in order to recap all elements, such as risk factors and symptoms, that may aid healthcare workers—midwives in particular, on possible psychopathies during puerperium with a special focus on detecting such elements at primary health care appointments, since these are the immediate points of contact to the community on the healthcare system. Once the aforementioned elements are identified on a patient, they will be able to be transferred to a suitable professional mental health care.

The comprehensive survey carried out for this document has determined that postpartum sadness or baby blues affect a large percentage of the woman population, mainly caused by physiological hormonal changes during the puerperium period. Next in line comes postpartum depression, which is presented by several risk factors and can be detected by using the Edinburgh Postnatal Depression Scale—a quick and easy method for illness prevention. Lastly, postpartum psychosis derived from childbirth is a less frequently found mental illness, that is diagnosed as a mental emergency condition and can result in suicide and filicide.

The bond between mother and child, breastfeeding and engagement with support groups are mental health agents that preserve well being and encourage an easy and pleasant transition to motherhood.

Key words: puerperium, mental health, postpartum psychopathology.

# Introducción

El puerperio es una de las etapas más difíciles en la vida de una mujer. Ser madre no es lo mismo que ser padre, y cada una lo vive de forma única.

Hoy en día está en vanguardia el término “puerperar”, ese verbo empleado por algunos autores trata de definir vivencias tan únicas y profundas como son el tiempo de entrega y dedicación amorosa para los bebés, la presencia constante y sensible según las necesidades del bebé durante meses. Además es un “tiempo propio” en el que lo ideal sería transitarlo de forma tranquila, con calma y respetando los procesos para poder llegar a experimentar en toda su riqueza esa experiencia tan clave en el desarrollo humano, la fusión emocional madre-bebé y que, como vamos a ver más adelante, condiciona la salud mental materna.

Vivimos en una sociedad donde se le exige a una madre que materne de forma irreal a lo que ella está sintiendo. La imagen de la madre presentada en las redes sociales, en publicidades y en la televisión es reflejo de una maternidad “plastificada”, representada por madres siempre alegres, con rostros de amor incondicional y entrega absoluta hacia sus bebés. Sin embargo, la realidad es otra. La mujer en la maternidad además de alegría puede sentir soledad, cansancio, apatía, confusión, tristeza, y muchas molestias más.

El puerperio es un camino difícil de recorrer, que tiene luces pero también sombras y es muy poco visibilizado. Es aún más olvidado que la gestación y el parto y se exige a las mujeres transitarlo de forma rápida, casi que con intenciones de supervivencia, para poder volver a su rutina anterior al nacimiento, al igual que su aspecto físico. Parece que las madres deben opacar cualquier vestigio que el embarazo haya dejado en sus cuerpos y almas para que luego con el tiempo todo vuelva a ser “como antes”, pero la realidad es que no, no vuelven a ser las mismas, y es que su vida cambió para siempre (Ramírez, 2020).

Según el Ministerio de Salud Pública (2014), además de las/los Ginecólogos/gas,

las/los Obstetras Parteras/ros están calificadas para controlar y asistir el proceso de gestación, parto y puerperio que cursen sin patologías y sin riesgos obstétricos perinatales. El estado emocional de las mujeres durante todos esos procesos es considerado un problema real de salud pública y responsabilidad de todos como sociedad, por lo que para detectar precozmente cualquier condición que pudiera afectar la calidad de vida, es obligatorio que haga parte del programa de salud (Corbo et al., 2011).

Considerando que el Primer Nivel de Atención (Policlínica) es el contacto más cercano que tienen las usuarias con el Sistema de Salud, este trabajo de carácter monográfico pretende englobar la información necesaria de los elementos que orienten a las/los Obstetras Parteras/os, para poder lograr detectar precozmente cualquier alteración de la salud mental materna durante el puerperio y hacer la derivación correspondiente de forma oportuna.

El puerperio es un período demandante y de gran exigencia para la mujer tanto del punto de vista biológico como del psicológico y social, en el que se pueden presentar varias complicaciones, entre ellas las de índole psicológico.

Para valorar el estado emocional de la puérpera, se deben diferenciar las alteraciones normales del estado de ánimo, como el “baby blues”, de la depresión posparto y la psicosis puerperal.

Las manifestaciones tardías del puerperio psicológico han sido un tema poco destacado tanto a nivel individual como social, siendo la más conocida la depresión posparto. Generalmente las alteraciones de la salud mental ocurren entre afecciones que lindan varias especialidades clínicas por lo que quedan desatendidas u opacadas por no brindarles una atención integral (Corbo et al., 2011).

Ramírez (2020) afirma que los mayores protectores psíquicos para la psicología de la puérpera son la información, el acompañamiento y el respeto.

La importancia del poder captar y derivar oportunamente, radica en el bienestar de la salud mental de la madre (tanto actual como a futuro), además de la calidad de vida de la díada madre-bebé ya que en el caso del bebé el primer vínculo que tiene de toda su vida es con su madre y éste condiciona de forma biológica y psicológica su

futuro, generando un modelo de vínculo que desarrollará a lo largo de su vida (Corbo et al., 2011). A su vez, condiciona también el desarrollo de la capacidad de amar por las grandes cantidades que se segregan de la hormona oxitocina que facilitará el vínculo y enamoramiento de la díada desde la primera mirada (Ramírez, 2020). El bebé, por su parte, es el receptor de los sentimientos, pensamientos y acciones de la madre, todas sus vivencias y emociones serán reflejados en el bebé ya que si bien son dos seres separados, conforman una unidad de funcionamiento y desde el punto de vista psicológico y social el bebé es totalmente dependiente de su madre (Corbo et al., 2011).

En este sentido, hemos diagramado la presente monografía de forma que podamos desarrollar todas las temáticas necesarias con el fin de lograr detallar los signos y síntomas, así como también los factores de riesgo que puedan presentar las puérperas y que sean fácilmente detectables en Primer Nivel de Atención en las consultas con Obstetras Parteras/os u otro profesional de la salud. Para ello, en el capítulo I se explica la Reforma en la Salud y por qué el Primer Nivel de Atención es tan importante dentro del Sistema de Salud, además se describe el rol de la/el partera/o en el mismo y las destrezas que le competen. Siguiendo con el capítulo II, desarrollamos la definición de salud y específicamente lo que es salud mental, qué factores influyen y prevalencia de alteraciones en la salud mental entre hombres y mujeres. A continuación, el capítulo III explica de qué se trata el puerperio biológico normal y el biológico patológico, los aspectos físicos pertinentes y los elementos clínicos a evaluar. Además, describe brevemente el puerperio psicológico y psicopatológico. En el capítulo IV se detalla la salud mental en el puerperio evaluando las características psicológicas y sociales de algunos de los principales tipos de puerperio que se pueden presentar. Siguiendo en el capítulo V, se explica alteraciones de la salud mental como baby blues, depresión posparto y psicosis puerperal haciendo especial énfasis en su etiología, sintomatología y tratamiento. En el caso de la depresión posparto, además se explica cómo prevenir y detectar a través de la Escala de Edimburgo. Por último, en el capítulo VI se delinearán las distintas políticas públicas vigentes en nuestro país que protegen y promueven la salud mental materna en el embarazo y puerperio.

# Objetivos

## Objetivo General:

- Compilar los elementos que nos orienten sobre posibles riesgos de salud mental en puérperas, para una derivación oportuna.

## Objetivos Específicos:

- Identificar factores de riesgo de salud mental en los controles prenatales.
- Definir los signos y síntomas que indiquen posible riesgo de salud mental en puérperas, en los controles de Primer Nivel de atención.
- Reunir información e instrumentos que permitan la detección precoz para la derivación oportuna.

# Metodología

El presente trabajo final de grado es de carácter monográfico, con la finalidad de efectuar una revisión y compilación bibliográfica de materiales actualizados (de libros, artículos, normativa y guías nacionales e internacionales), obtenidos de la Biblioteca Nacional, de la biblioteca del National Institute of Mental Health (NIMH) y de diferentes bases de datos como PubMed, SciELO, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), entre otros.

Una vez recopilada la información, se procedió al análisis de los diversos abordajes y a su agrupación en distintas temáticas, en donde la lectura crítica abrió lugar a reflexiones que fueron siendo aportadas a lo largo del trabajo.

En el final se presenta un espacio de análisis donde se unen distintos planteos que fueron expuestos a lo largo de la monografía.

# Capítulo I

## Reformas en la salud: relevancia del Primer Nivel de Atención

*“Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.”*

*Evelyn Hockstein / OMS*



En las últimas décadas se han llevado a cabo distintos procesos de reformas en el sector de salud en América Latina, siendo el primero la Conferencia Internacional

sobre Atención Primaria. La misma se llevó a cabo el 12 de septiembre de 1978, reunida en Alma-Ata, capital de la República Soviética de Kazajstán, debido a la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, del personal de salud y de la comunidad mundial con el fin de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, donde fue validada la denominada Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (OPS, 2001).

En la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) se establecieron ciertos puntos a destacar:

- I. La salud es un derecho humano fundamental y el objetivo principal a nivel mundial es lograr el grado más alto de la misma.
- II. La desigualdad de salud en la población en general, es un motivo de preocupación para todos los países.
- III. La promoción y protección de la salud del pueblo constituye un eslabón esencial para mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.
- IV. Es el deber y el derecho del pueblo, el de participar en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos a través de medidas sanitarias y sociales adecuadas.
- VI. La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial, que se basa en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, además están puestos al alcance de los individuos y sus familias. La atención primaria integra el sistema nacional de salud, el que constituye el núcleo del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, con el objetivo de llevar la atención de salud al lugar en donde viven y trabajan las personas, formando así el primer elemento de un proceso de permanencia en la asistencia sanitaria.
- VII. La atención primaria de salud:
  - Refleja las condiciones económicas y características socioculturales y políticas del país y sus comunidades. Aplica resultados relevantes de investigaciones sociales y en materia de salud pública.

- Analiza los principales problemas de salud de la comunidad y lleva a cabo la promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos.
  - Incluye la educación sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos, promoción del suministro de alimentos y de una nutrición aprobada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno infantil, planificación familiar, inmunización de enfermedades infecciosas, prevención y lucha contra enfermedades endémicas, tratamiento para traumatismos y enfermedades comunes y suministro de medicamentos esenciales.
  - Incentiva la participación de todos los sectores y campos de actividad ligados al desarrollo nacional y comunitario, además del sector sanitario. Además, exige el esfuerzo coordinado de los mismos.
  - Fomenta y exige la autorresponsabilidad y la participación tanto a nivel individual como a nivel comunal en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud.
  - Debe tener asistencia de sistema de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen de manera mutua, con el fin de mejorar cada vez más la atención sanitaria, que sea completa para todos y además priorice a los más necesitados.
  - Incluye tanto en el plano local como en el de referencia, en lo que respecta al personal de salud, médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, para trabajar como equipo de salud atendiendo necesidades de la comunidad.
- VIII. Es obligación de los gobiernos formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para poder mantener la atención primaria de salud base de un sistema nacional de salud completo.
- IX. Todos los países deben cooperar para lograr una atención primaria de salud disponible a todo el pueblo ya que este logro beneficia directamente a todos los demás países.
- X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, utilizando de mejor forma y de manera más completa todos los recursos mundiales.

Luego de la Declaración de Alma Ata se priorizaron los esfuerzos por fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS). APS constituye una estrategia para resolver problemas, tratando de organizar y reorientar los recursos disponibles en el sector de la salud. Esto es logrado a través de varios niveles de atención y no solamente de uno (OPS, 2007).

Los *Niveles de Atención*, según Benia y Reyles (2008), son establecidos con el objetivo de organizar los recursos de la atención médica dentro de un sistema de atención a la salud, con la intención de poder lograr una mayor cobertura de la población satisfaciendo sus necesidades. En esta línea, los autores definen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel.

El *primer nivel de atención* trata de resolver las necesidades de atención básicas de una población, pudiendo ser resueltas en un 80-85% con actividades de promoción y prevención. Se considera la puerta de entrada al sistema de salud, el más cercano a la población, es decir, el primer contacto (Vignolo et al., 2011). Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad (consultorios, policlínicas, centros de salud, etc), donde asisten profesionales de las especialidades básicas (médico/a de familia o médico/a general, enfermero/a, obstetra partera/o). Este nivel permite realizar una atención oportuna y eficaz.

El *segundo nivel* de atención atiende a necesidades de salud menos frecuentes que requieren procedimientos más complejos. En este nivel se ubican los hospitales donde se prestan servicios que están relacionados a la atención médica de medicina general o interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y segundo nivel, se pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población (Benia y Reyles, 2008).

El *tercer nivel* de atención se reserva para los problemas poco frecuentes, a patologías complejas que requieren de procedimientos más especializados y de alta tecnología. En este nivel se ubican hospitales que realizan prestaciones médicas con especialidades médicas y quirúrgicas. Se debería resolver un 5% de los problemas. Son ejemplo de ello el hospital Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional

de Quemados, entre otros (Vignolo et al., 2011).

## I.1 Reforma del sistema de salud en Uruguay

En nuestro país en el año 2005 se comenzó una reforma sanitaria, la “Reforma del Sistema de Salud” (OPS, 2011) con el objetivo de la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad de forma equitativa. La reforma abarcó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), retomando el Ministerio de Salud Pública (MSP) las funciones de autoridad sanitaria asignadas por la Constitución y las Leyes.

Es en el proceso de la reforma, con el fin de la descentralización de ASSE, que se crea la *Red de Atención de Primer Nivel (RAP-ASSE)* (OPS, 2011).

Por lo tanto, la RAP-ASSE es una unidad ejecutora de ASSE, responsable de la atención a la salud en Primer Nivel. Se incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y Sistema de Unidades Móviles para emergencias, urgencias y traslados que tiene como visión el poder consolidar un Primer Nivel de atención que permita realizar la promoción, prevención, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además brinda atención a la salud de forma humanizada, facilitando la relación entre pacientes y profesionales de la salud, con un enfoque interdisciplinario contando con plena participación de funcionarios y beneficiarios en base a sus derechos (OPS, 2011).

A finales de 2007 se consolida la creación de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de la promulgación de la Ley N°18211 (Uruguay, 2007). La misma asegura el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes que residan en el país. Además plantea la promoción de salud, intersectorialidad, cobertura universal, equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones brindando calidad de atención, respeto a derechos y participación social de trabajadores y usuarios. Asimismo, expresa que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención y

“tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Art. 34)

## I.2 Rol de la/el Obstetra Partera/o en Primer Nivel de Atención: perfil y capacidades

En el marco del plan de estudio de la Escuela de Parteras (Facultad de Medicina- UDELAR), se destaca el perfil y capacidades del/la profesional las cuales se centran en proporcionar “una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital” llevándolo a cabo a través de la

promoción de la salud, prevención de patologías, diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante.

Destaca además la capacidad de asesorar tanto a la mujer como a su familia y a la comunidad en diversos aspectos, incluyendo puerperio, enfocando siempre hacia la salud integral de la mujer. Siguiendo el mismo hilo, presentan aspectos éticos del rol de la/el Obstetra Partera/o que abarcan entre otros puntos: respetar a la mujer como sujeto de derecho, trabajar con otros profesionales de la salud pudiendo derivar el caso, abordar los cuidados de la mujer y su familia desde un aspecto bio-psico-social, respondiendo necesidades biológicas, psicológicas, emocionales y socioambientales.

Recordando entonces lo expresado anteriormente sobre Primer Nivel de atención, la Obstetra Partera es un eslabón esencial en lo que compete al acercamiento de la mujer en el proceso de gestación y parto pero principalmente del puerperio (en lo que me enfocaré) al sistema de salud, siendo responsable por brindar una atención integral en cada consulta. Además, se destaca la capacidad para prevenir y/o diagnosticar patologías, pudiendo derivar el caso a otro profesional cuando la situación exceda las competencias profesionales.

En 2021, ASSE presenta la descripción del perfil de la/el Obstetra Partera/o para el

puesto en Primer Nivel de Atención y destaca entre sus objetivos:

Atención integral a las personas gestantes a lo largo de su ciclo vital centrado en promoción de la salud, prevención de las patologías, diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia las personas gestantes y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, y puerperio normal. Acompañamiento a la crianza del recién nacido sano y lactancia. Todo ello mediante el uso de los instrumentos clínicos y tecnológicos adecuados, interviniendo tanto en los procedimientos normales como en la ejecución de eventuales medidas de emergencia. Asimismo, desarrolla asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, y sus familias.

## En suma

La Declaración de Alma-Ata fue el punto de partida para una nueva atención a la salud integral y completa para toda la población, marcando un hito en la nueva salud pública mundial. Para llevarlo a cabo, se creó la Atención Primaria en Salud (APS), con el objetivo de reorganizar recursos y mejorar la atención. Se plantea entonces la consolidación de tres niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) generando una mayor y mejor organización a la hora de brindar atención a los usuarios.

El Primer Nivel de atención es el que está en contacto con la comunidad respondiendo inquietudes y educando a través de la promoción y prevención de la salud. Es responsable del primer contacto de las personas con el sistema de salud y de solucionar la mayor cantidad de inquietudes.

En cambio, el Segundo Nivel de atención es el encargado de atender necesidades de salud menos frecuentes como cirugías e incluye a los hospitales.

Por último, en el caso del Tercer Nivel de atención, se atienden patologías poco frecuentes y más complejas.

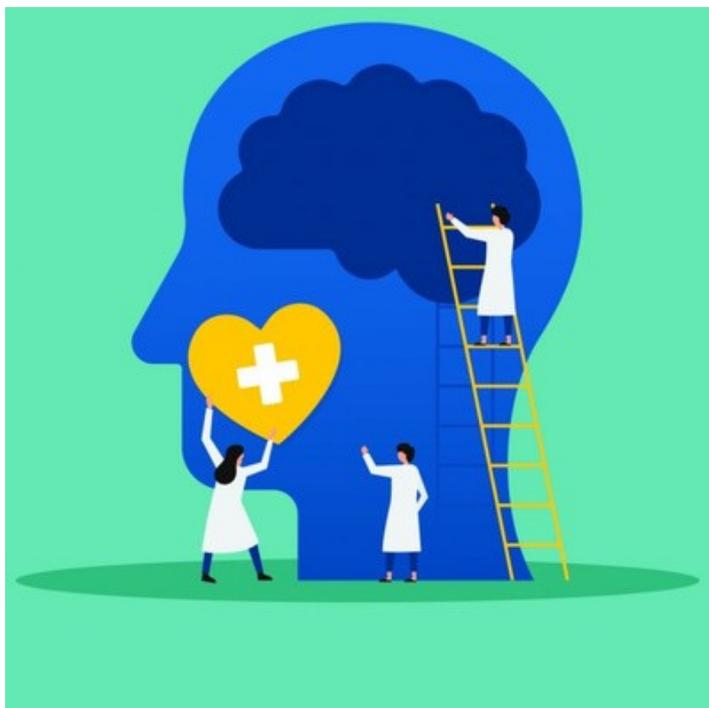
El/la Obstetra Partera/o cumple con su rol dentro de esos niveles, sin embargo en Primer Nivel brinda atención tanto a nivel individual como comunal, llevando a cabo la promoción de salud y prevención de distintas patologías, además de realizar diagnósticos y derivaciones cuando correspondan, teniendo en cuenta el estado bio-psico-social de cada persona. Participa además en los procesos de planificación familiar, control de embarazo y puerperio.

## Capítulo II

### Salud: un enfoque hacia la salud mental

*“Considero que hablar de la salud sin referirse a la salud mental es como afinar un instrumento y dejar algunas notas disonantes.”*

*Dra. Gro Harlem Brundtland*



Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud, ha sido reconocida la importancia de la salud mental la cual vemos reflejada en la definición de salud de la Constitución de la OMS (2001): *“no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social.”* (Pág. 3). Por ende, para todos los individuos la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida que están íntimamente relacionados. Centrándonos específicamente en salud mental, se admite que su concepto es más amplio que la ausencia de trastornos mentales. La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad (OMS, 2004a).

En Uruguay se encuentra vigente la ley N° 19529 de Salud Mental (Uruguay, 2017), donde se destaca el derecho a la protección de la salud mental de los residentes en

el país teniendo como objetivo el respeto de los derechos humanos de todas las personas principalmente las usuarias del SNIS. Según esta ley, salud mental se define como *“un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”* (Art. 2). Este estado está determinado por factores socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos y por componentes históricos.

En los últimos años se ha destacado nueva información tanto de la neurociencia como de la psicología y la medicina conductual, que ha ampliado aún más los conocimientos sobre el funcionamiento de la mente y resulta más evidente que dicho funcionamiento tiene una base fisiológica, además de estar estrechamente relacionado con el funcionamiento físico y social. Por lo tanto, es fundamental para el bien de las personas, de las sociedades y los países, siendo necesaria abordarla a nivel global (OMS, 2001).

Por otra parte, el concepto de trastorno psiquiátrico según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2014) es en concreto

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes {...} una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente (p.58).

Según la OMS, cerca del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de puérperas en todo el mundo experimentan un trastorno mental, siendo el principal la depresión, que en los casos severos puede llevar inclusive al suicidio. Como resultado, tanto el crecimiento como el desarrollo de los niños se puede ver afectado de forma negativa. Sin embargo, los trastornos mentales maternos se pueden tratar. Por otra parte, la OMS afirma que solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental (OPS, 2017).

De acuerdo a la OMS (2001), los conocimientos acerca de la estructura y la función del cerebro han evolucionado a lo largo de los años hasta el punto de poder identificar las regiones específicas del cerebro que se utilizan para distintos aspectos del pensamiento y las emociones. El cerebro es el órgano sumamente complejo responsable de combinar la información genética, molecular y bioquímica con la información procedente del mundo exterior. En él se encuentran dos tipos de células: las neuronas y la neuroglia. Las primeras son responsables de la emisión y recepción de impulsos nerviosos o señales. La neuroglia es la encargada de aportar a las neuronas nutrientes, protección y soporte estructural.

En conjunto el cerebro contiene más de cien mil millones de neuronas, de miles de tipos diferentes. Cada una se comunica con otras a través de la estructura sináptica, donde más de 100 sustancias químicas denominadas neurotransmisores transitan. El cerebro aloja alrededor de 100 billones de sinapsis. Y son estos circuitos, constituidos por cientos/miles de neuronas, que dan origen a procesos mentales y conductuales complejos. Por lo tanto, los trastornos mentales y del comportamiento se asientan en el cerebro.

La ciencia ya ha concluido que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Existen factores que son determinantes de los trastornos mentales y conductuales. Según la OMS (2001) se trata de factores sociales y económicos, demográficos como el sexo y la edad, amenazas graves como conflictos y desastres (violencia en todos sus tipos), presencia de enfermedades físicas relevantes, y el entorno familiar.

La pobreza por su parte, relacionada al desempleo, al bajo nivel educativo, a la privación y carencia del hogar, también constituye un factor de riesgo social y psicológico.

En lo referente al sexo como factor determinante, se está prestando cada vez más atención a las diferencias de los trastornos mentales y conductuales en función del sexo. En los siglos anteriores, la mayor cantidad de personas internadas en hospitales psiquiátricos eran mujeres. Casi todos los estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre mujeres que entre hombres, en una relación 5:1 y 2:1.

Cabe destacar que se han propuesto muchas explicaciones de esa mayor

prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en mujeres, donde se destacan los factores genéticos, biológicos (mayor prevalencia en etapa fértil de la vida adulta), con los cambios hormonales que conlleva. Están documentadas las variaciones del estado de ánimo asociados a cambios hormonales durante el ciclo menstrual y el puerperio donde se registra que la depresión que aparece en los meses siguientes al parto puede ser el comienzo de un trastorno depresivo recurrente. Sin embargo, esta diferencia entre sexos en torno a la depresión y ansiedad considera también factores psicológicos y sociales.

Es probable que la población femenina se vea sometida a más factores estresantes, tanto reales como subjetivos. El papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante. Otra explicación para las diferencias de sexo en la esfera de los trastornos mentales más frecuentes es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas las mujeres. La violencia doméstica está presente en todas las regiones del mundo, y las mujeres son las principales víctimas (OMS 2000b). (...) Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias psicológicas, y las más frecuentes son la ansiedad y la depresión (OMS, 2001. p.42).

En base a la edad la prevalencia de algunos trastornos tienden a aumentar en función de la edad de la persona, siendo la depresión uno de los trastornos con mayor prevalencia.

Otro factor a considerar es la presencia de enfermedades físicas graves, que afecta tanto a la salud mental de los individuos como a sus familias, principalmente enfermedades muy discapacitantes o potencialmente mortales, como por ejemplo cáncer o VIH/SIDA. Enfocándonos en los pacientes con VIH/SIDA, una gran parte de los afectados sufre consecuencias psicológicas. Entre ellas está el estrés psicológico por la intensa estigmatización y discriminación que soportan tanto los pacientes como sus propias familias. Además se observan ansiedad, depresión y hasta trastornos de la adaptación

Por último los factores familiares y ambientales están íntimamente relacionados con el entorno social de cada persona, por lo que la aparición, evolución y pronóstico de los trastornos mentales dependen de diversos factores sociales. Los estudios indican que todos los acontecimientos de carácter significativo en la vida de cada individuo, actúa como un factor estresante y en el caso de los que suceden de forma repentina, predisponen a las personas a los trastornos mentales (OMS, 2001)

## En suma

Desde que se consolidó la OMS y se hizo pública la definición del término “salud”, se ha puesto clara la relevancia de la salud mental y no solo de la salud física. Sin embargo el concepto de salud mental no es solamente la ausencia de trastornos mentales sino que es mucho más amplio y abarca más aspectos como por ejemplo la capacidad de las personas de enfrentar el estrés diario y lograr ser productivos en su entorno y su trabajo, contribuyendo así a su comunidad.

Dentro de los trastornos mentales la depresión es la más común, en especial en el puerperio, afectando un porcentaje importante de mujeres a nivel global. A pesar de ser frecuente es un trastorno poco visibilizado y opacado por los signos clínicos del puerperio dentro de las consultas del posparto. Esto se ve reflejado en los datos relevados por la OMS (OPS, 2017), donde expresa que únicamente el 1% de los profesionales de la salud a nivel mundial prestan atención a la salud mental.

Sin embargo, en nuestro país la ley de Salud Mental asegura que la protección de la salud mental de todos los residentes del Uruguay es un derecho por lo que también se debería prestar especial atención en el estado psicológico de todas las mujeres en las distintas etapas de la vida, principalmente en el puerperio.

En este capítulo definimos qué son los trastornos y analizamos a nivel cerebral cómo los procesos sinápticos generan un efecto en los trastornos mentales y de comportamiento.

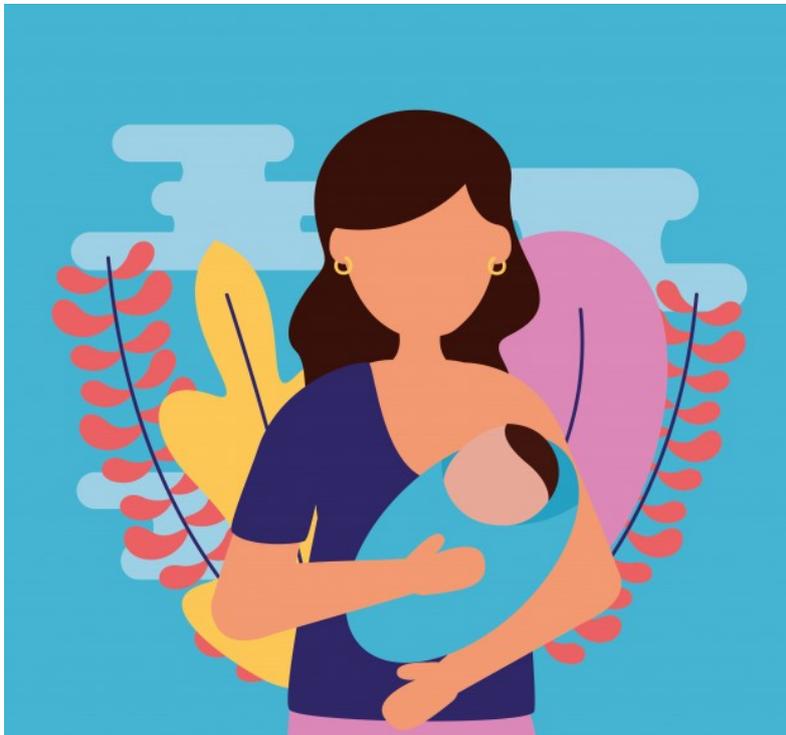
Además, analizamos los principales factores determinantes de los trastornos mentales y conductuales y por qué, en el caso de la depresión, es más común en mujeres que en hombres.

## Capítulo III

### El Puerperio

*“Ser madre significa hacer uso de la oxitocina de diferentes maneras, no solamente dar leche, también acariciar, dar calor, cuidar y proteger”*

*Uvnas-Moberg*



### III.1 Definición de puerperio

Cuando hablamos de puerperio hacemos referencia a un período que comienza una vez terminado el alumbramiento (expulsión de la placenta), donde se llevan a cabo distintos procesos biológicos y psicológicos. Los procesos biológicos abarcan la regresión de los distintos órganos hasta su estado pregravídico, a excepción de las mamas (Schwarcz et al., 2005).

Si bien no hay un consenso exacto de su duración, tomando en cuenta los cambios psico-sociales que ocurren, dura aproximadamente de 1 a 3 años (Soifer, 1980; Gutman, 2004; Schwarcz et al., 2005; Fescina, 2011).

La experiencia del posparto nace con el encuentro de una madre y su criatura. Se genera durante este período una relación codependiente con el fin de mantener la supervivencia del bebé y se prolonga hasta que la díada obtenga cierta autonomía, generalmente con la llegada del destete fisiológico, momento donde el bebé deja de mamar del pecho de su madre (Ramírez, 2020).

Para facilitar la presentación se dividirá el desarrollo del capítulo en puerperio biológico y puerperio psicológico.

### III.2. Puerperio biológico normal

Como fue expresado anteriormente, el puerperio biológico comienza luego de la salida de la placenta y clásicamente incluye las siguientes seis semanas; en esta fase “se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional” (Schwarcz et al., 2005. p.530).

Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución a excepción de las mamas.

Clásicamente, el puerperio biológico se clasifica en: puerperio inmediato (primeras 24 hs), puerperio mediato (desde las 24hs hasta los primeros 10 días), puerperio alejado (desde el día 11 hasta los 42 días) y el puerperio tardío (desde los 42 días hasta los 364 días cumplidos) (Schwarcz et al., 2005).

Por otro lado, autores como Esther Ramírez (2020) optan por otra etapa a las clásicamente conocidas denominada puerperio emocional que transcurre desde el

día 40 hasta el fin de la fusión emocional.

La atención del **puerperio inmediato** tiene como fin evaluar el bienestar de la mujer valorando los signos vitales, la retracción del útero (globo de seguridad de Pinard), el sangrado vaginal (loquios) y el comienzo de la lactancia. El estado general debe ser perfecto, con facies tranquilas y normalmente coloreada (Schwarcz et al., 2005).

Es importante respetar este momento donde la madre y el bebé se reconocen y comienzan a generar un nuevo vínculo para toda la vida. Todo el cambio hormonal que sucede en el cuerpo de la puérpera es un factor protector para el posparto que recién comienza ya que es la base del apego seguro, siendo este fundamental tanto para el bebé como para la madre (Ramírez, 2020).

Según Schwarcz et al., (2005), en el abdomen se pueden observar las paredes flácidas, los músculos adelgazados y la diástasis de los rectos. En los primeros 12 días, el útero tiene una ubicación abdominal, luego se hace intrapelviano.

En esta etapa, la palpación del útero debe ser indolora. Es común la presencia de los entuertos, que corresponde a los dolores producidos por las contracciones uterinas del puerperio. Se producen principalmente con la lactancia y no deberían perdurar más allá del tercer día.

En la zona anoperineovulvar, el ano puede presentar un rodete hemorroidal, los genitales externos se encuentran edematizados y en el caso de las primíparas se puede observar la rotura definitiva del anillo himeneal.

Se denomina loquios al líquido eliminado a través de la vagina hacia la vulva. Está formado por la sangre emanada de la herida placentaria y de las excoiaciones del cuello y vagina, además de los fragmentos de caduca, líquido de las lesiones y células de descamación de todo el trayecto genital. En el 1° y 2° día desde el parto, los loquios son sanguinolentos, luego el 3° y 4° día pasan a ser loquios serosanguinolentos y luego solamente serosos. Los loquios de aspecto patológico son turbios, achocolatados, purulentos o pueden presentar fetidez.

Al comenzar con la lactancia los senos se encuentran duros, turgentes y a veces dolorosos debido al desarrollo de la glándula mamaria y la consiguiente producción de leche.

Además, es imprescindible vigilar la diuresis espontánea, la episorrafia cuando amerite y recomendar deambular así que sea posible, idealmente luego de 6 hs del

parto. La movilidad es esencial para activar la circulación de retorno, evitar la estasis sanguínea y prevenir el peligro de complicaciones venosas además de favorecer la función vesical e intestinal, el tono de los músculos abdominales y la involución uterina

En el **puerperio mediato** se valora la instalación de la lactancia, puede observar la máxima involución de los órganos genitales. Se valoran además, los signos vitales (temperatura, pulso y presión arterial) y las características de los loquios. El aspecto normal de los mismos en esta etapa del puerperio es serosanguinolento, de presentar color achocolatado o fetidez nos estaría indicando una alteración patológica.

Es imprescindible controlar la involución uterina, la cual se extiende hasta la aparición de la primera menstruación. Además, se valoran los genitales externos, la región anoperineovulvar, el abdomen y la diuresis.

En el **puerperio alejado** nos enfrentamos ante un estado pregravídico. Frecuentemente la puérpera regresa al establecimiento sanitario a los 30 días del parto para el control del recién nacido y no solicita atención para control puerperal. Es importante destacar que en el caso de que consulte en el puerperio alejado, probablemente sea su último contacto con el equipo de salud por lo que es conveniente hablar de todas las etapas que vendrán, como por ejemplo la reanudación de las relaciones sexuales coitales (Schwarcz et al., 2005).

### III.4. Puerperio biológico patológico

Según Pérez Sánchez y Donoso Siña (2011), la recuperación postparto se puede alterar llegando al punto de comprometer la vida de la mujer. Se pueden clasificar las principales patologías del puerperio en: hemorragias, infecciones y complicaciones psíquicas.

La **hemorragia posparto** (HPP) se define como la pérdida sanguínea que supera los 500 ml luego de un parto normal y los 100 ml luego de una cesárea.

Dentro de las causas más frecuentes se encuentran la atonía uterina en un 90%,

desgarros o rupturas del tracto genital en un 6% y la retención de restos placentarios o de membranas en un 3-4%.

Los principales factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de hemorragia posparto son: la sobredistensión uterina (causada por polihidramnios, embarazo múltiple o macrosomía fetal), gran multiparidad, trabajo de parto prolongado (en especial con inducción de oxitocina), antecedentes de hemorragia posparto y síndrome hipertensivo del embarazo, anestesia general, implantación anormal de la placenta y parto operatorio (fórceps, vacuum).

Fescina et al., (2011) clasifican la HPP según el momento de su aparición en: primaria (dentro de las primeras 24 hs luego del parto) y secundaria o tardía (entre las 24 hs y los 7 días siguientes). La clasificación es esencial para poder vincular la causa que las produce.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2008) expresa la nemotecnia de las 4ts, como forma de resumir la etiología de las HPP según la alteración de uno o varios de los cuatro factores encargados de la hemostasis en el posparto. Estos son: **tono** (cuando existe una alteración de la capacidad contráctil del miometrio en el alumbramiento, equivale el 80-90% de los casos), **tejido** (permanencia de restos dentro de la cavidad uterina), **trauma** (desgarros en el canal de parto o inversión uterina) y **trombina** (alteraciones propias de la coagulación).

A propósito de la **infección puerperal**, Schwarcz et al., (2005) la define como “los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o parto” (p. 644). Por ende, la etiología de la infección puerperal es dada por la invasión en el tracto vaginal de gérmenes patógenos y saprofitos que actúan de forma aislada o asociándose, agravando la enfermedad, causado generalmente por Estreptococo asociado con frecuencia al estafilococo, gonococo, Proteus, Klebsiella, Chlamydia, colibacilos o anaerobios.

Los microorganismos patógenos se encuentran próximos de los órganos genitales constituyentes del canal de parto, para que actúen como factores determinantes de infección es necesario que se dé una acción que favorezca la invasión de los mismos. Estas acciones pueden ser: tactos vaginales reiterados, rotura prematura de membranas ovulares, trabajo de parto prolongado, hemorragias profusas, deshidratación, parto patológico (accidentes, distocias y las intervenciones

realizadas para solucionar), falla en la higiene asistiendo el parto o durante el puerperio, presencia de heridas y excoriaciones abiertas.

Las infecciones se pueden clasificar en: infecciones localizadas (vulvitis, vaginitis, cervicitis y endometritis), infecciones propagadas por continuidad o vía linfática (salpingitis y salpingoovaritis, pelviperitonitis, parametritis puerperal y peritonitis puerperal), infecciones por vía hemática (tromboflebitis séptica, tromboflebitis embólica o supurada, y septicemia puerperal), infección mamaria puerperal (mastitis, linfangitis, galactoforitis).

### III.5. Puerperio Psicológico y Psicopatológico

El puerperio es el período más olvidado de todo el proceso de gestación. Es un período donde se trata a toda costa que se transite de la forma más rápida posible, inclusive con cierta urgencia y en tono de supervivencia dejando poco espacio para aprovechar la etapa de autoconocimiento que es capaz de brindar (Ramírez, 2020).

Tal como lo expresa Defey (1995), el puerperio es una etapa donde implica distintos procesos graduales de tareas psicológicas que llevan meses y se extienden a lo largo de todo el primer año posterior al parto. Siguiendo esta misma línea, Ramírez (2020) agrega que el posparto es caracterizado por el encuentro de la madre y su criatura, el comienzo de un vínculo que tiene trascendencia en todo su ser como madre y como mujer, desde el momento que lo pare hasta que sale de su esfera emocional generando autonomía para comenzar a trazar su propio camino, generalmente marcado por el destete fisiológico.

Pérez Sánchez y Donoso Siña (2011) describen las reacciones emocionales que se observan en la mujer durante el puerperio inmediato, siendo las primeras emociones generalmente de alegría, satisfacción y gratitud por haber tenido un parto y un recién nacido sin problemas.

Una de las principales etapas psicológicas en el puerperio es el inicio del complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo marcado por el momento donde la madre lo sostiene en brazos por primera vez, lo acaricia, comienza a amamantarlo y a observarlo (Defey, 1995).

En el caso de los recién nacidos prematuros, este primer contacto puede ser diferido pudiendo ocasionar en la mujer reacciones emocionales adversas. Para evitar esto,

es imprescindible la presencia de la mujer en la recuperación de su hijo, acompañando de cerca la evolución ya sea en el nacimiento de un bebé a término como de uno prematuro.

Durante el puerperio se ve reflejado un estado de labilidad emocional en las puérperas que debe ser tenido en consideración, ya que algunos terminan en verdaderos síndromes psicóticos u otros trastornos de salud mental. Estos desajustes pueden desencadenar cuadros neuróticos o psicóticos de distintos niveles de gravedad dependiendo de la personalidad de base. *“Durante el puerperio a estos trastornos se los puede clasificar en tres grandes síndromes: tristeza puerperal, depresión y psicosis”* (Schwarcz et al., 2005, pág. 658).

Los aspectos psicológicos y psicopatológicos en el puerperio se ahondarán en próximos capítulos.

## En suma

El puerperio no consiste solamente en la regresión de los órganos a su estado pregravídico, sino que abarca el estado mental y emocional de la mujer que acaba de parir porque en ese momento es cuando nace una nueva mujer y se reconoce como madre. Su duración es variada, algunos autores afirman que dura 1 año, otros 3 años. Sin embargo, no hay un momento exacto donde se dé por concluída la etapa. A pesar de esto, una vivencia que marca un antes y un después, es la autonomía del bebé que comienza a depender un poco menos de la madre y se hace cada vez más independiente.

El puerperio es el comienzo de una nueva etapa, un nuevo ciclo de reconocimiento de la mujer como madre, donde se lleva a cabo el proceso de adaptación de la lactancia y la nueva rutina con un recién nacido luego del alta. Todos estos factores influyen en el estado emocional de la puérpera y hacen que sean esenciales los controles en Primer Nivel luego del parto para lograr un seguimiento y un puerperio sano, tanto físico como mental. Idealmente, en cada consulta se deberían evaluar todos los signos relevantes del puerperio y además los que indiquen bienestar emocional.

Cuando hablamos de puerperio patológico, las principales complicaciones que se

pueden presentar son tanto hemorrágicas, infecciosas o complicaciones psicológicas. Dependiendo en qué etapa del puerperio esté (inmediato, mediano o alejado) aumenta el riesgo en presentar alguna complicación, por ejemplo en el puerperio inmediato existe mayor riesgo de una hemorragia posparto. Sin embargo, en el puerperio alejado comienzan a verse los primeros indicios de alteraciones de la salud mental. Por lo tanto, así como es imprescindible distinguir la sintomatología de una hemorragia o una infección, también lo es de las complicaciones psicológicas que se pueden llegar a presentar.

## Capítulo IV

# Salud mental en el Puerperio: aspectos psicológicos

“La maternidad constituye para la mujer, una fuente básica de salud mental.”

Raquel Soifer



El Ministerio de Salud Pública (2014) reafirma la importancia indiscutible de acompañar y orientar a la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio como estrategia para mejorar la calidad de vida y prevenir patologías, ya que es un período de gran exigencia para la mujer tanto desde el punto de vista psicológico como biológico y social. Añadido a esto se recomienda que la participación de parejas, familiares o acompañantes en estas etapas sea fomentada y promovida por los profesionales de la salud como herramienta para contribuir a la salud materna. Además de los aspectos fisiológicos, se espera que el profesional de salud se preocupe por el bienestar emocional de la madre. El MSP (2018) recalca que el puerperio incluye la recuperación de un evento fisiológico y debido a esto, un buen descanso, una correcta alimentación y una red de apoyo emocional son pilares fundamentales de la atención esperada en esta etapa.

Desde el punto de vista de Ina May (2007), el posparto ha sido un periodo mejor entendido en las sociedades indígenas que en las más modernas debido a que en las tribus indígenas las mujeres con bebés recién nacidos tenían miembros de la familia cerca para ayudarles. No retornaban a sus quehaceres diarios enseguida sino que otra persona cocinaba y cuidaba de los niños más grandes. Este trato duraba de tres a seis semanas con el fin de que descansaran luego del embarazo y parto, y poder establecer de forma tranquila la lactancia. Además, estas puérperas se alimentaban con comidas especiales y tenían visitas limitadas. Por otro lado, las sociedades modernas tienden a poner expectativas mucho más altas sobre las recientes madres, principalmente las que constituyen una familia nuclear.

Videla (1997) explica que tanto hombres como mujeres tienen conductas reguladas y estereotipadas que buscan mantener un tipo de sociedad y no las necesidades propias como individuos.

En esta misma línea, Defey (1995) relata que toda mujer por el hecho de ser mujer nace con la presión social de ser madre. Esto hace con que a lo largo de toda su vida se genere una expectativa social de que cumpla con la maternidad como un rol impuesto.

Ante tantas presiones no es de extrañarse la sensación ambivalente que viven las mujeres que deciden ser madre al tratar de conciliar su yo reproductivo con el productivo lidiando con el mandato externo de transitarlo con rapidez para volver al

mundo externo cuanto antes. Muchas mujeres relatan sentir culpa por querer quedarse en casa cuidando a sus bebés en vez de reincorporarse al trabajo. Las normas y creencias sobre lo que una mujer madre tiene que ser o hacer, están presentes en el desarrollo de la gestación, parto y posparto de las mujeres (Ramírez, 2020). La ambivalencia, explica Defey (1994), es el concepto central para comprender la psicología de la maternidad. Los sentimientos encontrados ante un hijo que es cuidado y amado pero que también es fuente de miedos y preocupaciones. Esta mezcla de emociones ambivalentes, la frustración de no poder cumplir con lo que le es exigido y el agotamiento típico del puerperio, pueden contribuir a que se desencadene algún trastorno psicológico a lo largo de este período. Se plantea entonces la necesidad de incorporar la mirada antropológica incluyendo patrones culturales en el estudio de la etapa posparto, de modo que se pueda entender más la existencia o ausencia de la depresión posparto en el puerperio (Stern, Kruckman, 1983, como se citó en Ramírez, 2020).

Para una atención y acompañamiento especializado según la diada que se atiende, es decir si se trata de una experiencia primeriza, si son dos bebés, si el parto fue una cesárea, es necesario una mirada integral que abarque también los aspectos psicológicos de cada puerperio. Ramírez (2020) propone distintos tipos de puerperio que pueden transitar una madre y su bebé, si bien existen tantos puerperios como mujeres a continuación veremos los más frecuentes actualmente.

## IV.1. El puerperio primerizo

Tener un hijo por primera vez tendrá un impacto en la mujer que acaba de convertirse en madre. Por mucho tiempo la maternidad fue considerada de carácter instintivo, presente en la estructura biológica de la mujer, sin embargo hoy en día es sabido que la maternidad es una construcción social. Ser madre para algunas mujeres constituye una etapa de renuncias que conlleva a una situación de dependencias y vulnerabilidad, mientras que para otras es el mayor logro que alcanzaron en sus vidas (Alkolombre, 2011).

La identidad de la mujer convertida en madre se transforma. Sucede un cambio de prioridades significativo, el bebé pasa a ser el centro de su atención, fuente de preocupación pero también de alegrías y gratitud. La mujer se enfrenta a esta nueva etapa que le exige mucho y es sumamente desgastante donde se suman además microduelos que Defey (1994) los explica como “la transición de embarazo a la maternidad lograda” (p.116). Para este proceso de transformación Stern (1999 como se citó en Ramírez, 2020) afirma que “la madre tiene que nacer psicológicamente igual que el bebé nace físicamente” (p.80). Las mujeres, en especial las madres primerizas, llegan muchas veces a esta etapa saturadas de información y abrumadas por las exigencias de la sociedad al cumplir este rol, además se suman sus propias exigencias relacionadas con el ideal de la maternidad y el choque con la realidad que les toca, inclusive la realidad del bebé deseado y esperado, con el bebé que llega a sus brazos (que muchas veces no es lo que esperaban). En esta misma línea, Defey (1994) afirma que basta con observar cualquier revista, película o publicidad para entender cómo se idealiza y romantiza la maternidad. Está generalmente representada por una mujer joven, de apariencia fresca y relajada luciendo de forma espléndida su embarazo, acompañada por una pareja del sexo opuesto que la protege, ambos de raza blanca, con un hermoso jardín de fondo. “¿Es esto la maternidad? Sin duda. ¿Es solamente esto la maternidad? Sin duda que no” (p.104).

En lo que respecta a los cambios fisiológicos, gracias a los estudios en la neurobiología, se ha constatado que el cerebro de la mujer gestante se comienza a alterar en el embarazo y continúa en el posparto (Carmona et al., 2019 como se citó en Ramírez, 2020). En una investigación del 2010, se estudiaron las diferencias de la materia gris cerebral en madres a las 2-4 semanas posparto y a los 3-4 meses posparto. Los resultados arrojaron un aumento del volumen de la materia gris de la corteza prefrontal, de los lóbulos parietales y las áreas del cerebro medio. El aumento del volumen de materia gris en el cerebro medio se vio asociado con la percepción materna positiva de su bebé, por lo que los primeros meses de maternidad se acompaña de cambios estructurales en las regiones del cerebro que se relacionan con la motivación y el comportamiento materno. Las madres primerizas estarán viviendo por primera vez esas modificaciones cerebrales además de las hormonales que alteran su capacidad emocional aumentándole además de

planificación de la crianza de su bebé. Todos estos cambios irán conformando los aspectos psicológicos de su nueva identidad como madre que construirán una crisis en la identidad individual conocida hasta el momento. Como consecuencia, cambiarán sus motivaciones, estilo de vida e incluso manera de pensar. Es por esto y más factores que es recomendable que las madres primerizas reciban información de los aspectos psicológicos y psicopatológicos del puerperio además de las preferencias conductuales y sociales que comenzarán a producirse. Dicho esto, es importante que participe de grupos de apoyo y acompañamiento a la gestación y al puerperio y que además los profesionales de la salud abarquen también información sobre la nueva realidad, el único inconveniente es que generalmente los temas hablados abarcan más son sobre el desarrollo de tareas que exige la maternidad que de las emociones que sobresalen con la llegada del bebé. Es por esto que un gran porcentaje de madres primerizas llegan al puerperio con desconocimiento emocional de lo que les está sucediendo o les podría suceder (Ramírez, 2020).

En lo que conlleva la transformación del sistema familiar, Betty Friedan (1974, como se citó en Casares, 2008) reconoce las dificultades que surgen al combinar el matrimonio con la maternidad y la carrera profesional, principalmente en las madres primerizas. Siguiendo la misma línea, Ramírez (2020) afirma que en los casos de las madres primerizas sucede además la transición de parejas a padres de un bebé, este proceso puede ser vivido de forma flexible o con cierta resistencia generando dificultad en la adaptación. “Cuanto más conectado esté el sistema con la nueva necesidad, más fácil será el acceso a la maternidad y el tránsito del posparto” (p. 98). Así, la pareja desarrolla el rol de sostén de la díada madre-bebé y cuidador principal del conjunto permitiendo que la madre le dedique especial atención al bebé. Muchas parejas afirman sentirse familia luego del nacimiento de un hijo denominado en la visión sistémica como “familia nuclear” y a partir de este momento la familia de origen de cada uno pasa a un plano secundario (Ramírez, 2020).

Sobre las imposiciones sociales de esta nueva madre, Casaras (2008) destaca la desigualdad entre hombres y mujeres en nuestra sociedad patriarcal ya que cuando se habla de la relación entre familia y actividad económica, se asume que las modificaciones en la vida familiar se darán principalmente en el trabajo externo de la mujer ya que lo esperable es que una vez que es madre se dedique al cuidado y

crianza de los niños junto con el mantenimiento del hogar, mientras que lo esperable para el hombre es que continúe trabajando. Sin embargo, desde el ángulo feminista comienza desde principios del siglo XX la idea de reclamar los derechos legales, políticos y sociales que tenían los hombres. Siguiendo esta misma línea, Ramírez (2020) agrega a los factores sociales exigidos a la nueva madre la presión para la vuelta a la normalidad y al mundo laboral sin tener en consideración el respeto por la diáda que *“puede resultar una trampa para la mujer disfrazada de la liberación femenina”* (p.81). Hoy en día una parte del feminismo continúa motivando la simplificación del vínculo madre-bebé presuponiendo que el bebé puede estar a cargo de cualquier otro adulto.

## IV.2. Puerperio luego de sufrir violencia obstétrica

Para comenzar a hablar sobre el puerperio tras violencia obstétrica primero se debe entender lo qué es violencia obstétrica (VO), definido por Medina (2010) como todas las acciones u omisiones realizadas por el personal de salud tanto de manera directa como indirecta, en el ámbito público o privado, que afecte el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esto puede verse expresado tanto en un trato deshumanizado como en un abuso de medicalización o patologización de los procesos reproductivos.

Odent (2007) habla sobre la importancia de eliminar todo lo que es humano del proceso de parto, es decir eliminar todas las creencias y costumbres que interfieren en el proceso fisiológico del parto, reducir toda actividad y lenguaje humano que está presente en el momento del nacimiento aumentando así la intimidad para que aflore la estrategia de la especie humana para no sentirse observada al parir, al igual que cualquier otra especie y lograr las necesidades mamíferas que vayan surgiendo. Dicho esto afirma que la importancia de respetar el proceso fisiológico va más allá de humanizar el parto, sino que deshumanizarlo y transformarlo en lo que él denomina “mamiferar” ya que consiste en el proceso característico de los

mamíferos.

La OMS por su parte divide la VO en cinco tipos los cuales son: 1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); 2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente; 5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas (OMS citada por Castrillo, 2016, p.47).

Vivir VO afectará tanto al bebé como a la madre y algunas mujeres no son conscientes de lo sucedido hasta tiempo después del parto. Además, expresa que en esta etapa del puerperio, el equilibrio hormonal es bastante delicado donde puede verse afectado según el contexto que le toque vivir. Muchas veces un ambiente hostil y amenazante genera con que se libere la hormona resultado del miedo, la adrenalina.

En el puerperio reconstruyen mentalmente la escena del parto lo que les puede traer una mezcla de sentimientos y muchas veces llevan en su cuerpo cicatrices del daño que sufrieron. Otras veces no se dan cuenta de la violencia que sufrieron y perdura la creencia de que todo estuvo correcto, sin embargo pueden llegar a experimentar tristeza, depresión, ansiedad, insomnio, problemas de lactancia sin saber realmente que el origen de todos estos problemas es la VO sufrida tanto por ella como por su bebé.

Las consecuencias de haber sufrido VO puede generar sintomatología de angustia, rabia, desconfianza, tristeza, sensación de culpa por no haber podido evitar, sensación de incapacidad para maternar en el puerperio, pérdida de libertad y de decisión sobre su cuerpo. Además, sensaciones de baja autoestima, desempoderamiento y poca dignidad (Ramírez, 2020).

En estos casos la lactancia puede favorecer o dificultar a la madre ya que pueden sentir que amamantar es una forma de sanar y se esfuerzan al máximo por llevarla a cabo y vivirla con plenitud, o experimentan sensaciones de incapacidad que pueden llevarla a abandonar la lactancia de forma prematura (Beck y Watson, 2008 como se citó en Ramírez, 2020).

A partir de la publicación del DSM IV, se plantea la idea de que el parto ya sea parto normal, cesárea o parto instrumental es una experiencia lo suficientemente estresante para suponer un trauma si este no es respetado, pudiendo ser el causante de un trastorno del estrés postraumático en el puerperio. La incidencia es menor en los casos de cesárea coordinada, o parto vaginal y no intervenido (Olza, 2007).

Siguiendo esta misma línea, Ramírez (2020) expresa que un nacimiento natural donde se escucha el instinto mamífero, en un entorno seguro y libre de prejuicios y miedos, favorece el proceso del parto. Este mismo principio se aplica para el puerperio, donde el respeto a la naturaleza mamífera impacta de forma positiva. Sobre este hecho, Olza et al., (2018 como se citó en Ramírez, 2020) expresa que el haber vivenciado un parto fisiológico respetado genera en la mujer sensación de empoderamiento para atravesar el puerperio y vivir plenamente la crianza.

El trastorno del estrés postraumático puede ser causado por múltiples experiencias de parto negativas, entre ellas además del miedo al dolor y a la muerte del bebé se encuentra la aparición de las secuelas de abuso sexual que aparecen súbitamente a la hora del parto.

En un estudio de prevalencia realizado en 2018 la psicóloga y profesora asistente de psicología en la Escuela de Medicina de Harvard, Sharon Dekel concluyó que la tasa de estrés postraumático está entre 4,6 y 6,3% luego de un parto exitoso y el 16,8% de las madres presentaban síntomas clínicos significativos. Considerando que a nivel mundial la cifra anual de nacimientos es de aproximadamente 140 millones, esto podría afectar a millones de madres y bebés a nivel global (Slegel, 2019).

Algunas variables de la VO que pueden llegar a desarrollar Trastorno del estrés postraumático (TEP) son el alto intervencionismo obstétrico, una cesárea no respetuosa, la separación del recién nacido y la percepción de que el trato recibido no fue el adecuado (Ramírez, 2020).

Como forma de prevención del TEP, Olza (2007) recomienda que los profesionales de la salud promuevan que la mujer se sienta como la protagonista principal de su parto (sea por la vía que sea), informándola de cada procedimiento y evitando intervenciones innecesarias. Además destaca el apoyo y asesoramiento con la lactancia, escucha activa, empatía y respeto por parte de los profesionales de la

salud desde la gestación hasta el puerperio, tratar temores y situaciones que le generen estrés y ansiedad y motivar a estar acompañada a todo momento.

### IV.3. Puerperio luego de una cesárea

Cuando la cesárea es indicada y previamente planificada, es ideal que se pueda preparar para la misma siendo informada para que pueda aceptar que su hijo nacerá de una forma distinta a la prevista. De esta manera se siente partícipe generando sensación de control sobre el nacimiento de su hijo y puede cambiar sus expectativas si ya las tuviera. Esto le generará mayor satisfacción (Goodman et al., 2004, como se citó en Ramírez, 2020).

Las madres llegan mejor preparadas psicológicamente a las cesáreas programadas que cuando son imprevistas (Rodríguez, 2011, como se citó en Ramírez, 2020).

Por otro lado, cuando las cesáreas son urgentes por algún motivo médico como por ejemplo pérdida de bienestar fetal, la madre tiene más información que procesar y en el puerperio puede presentar shock producido por miedo, bajo estado de ánimo e inclusive deterioro del autoestima pudiendo, desarrollar síndrome del estrés postraumático (Fischer et al., 1997, como se citó en Ramírez, 2020).

La cesárea puede acarrear distintas consecuencias psicológicas durante el puerperio y posteriores años de vida, entre ellas está el deterioro de la autoimagen de la mujer causada por el sentimiento de fracaso por no haber podido tener la experiencia de un parto vaginal. Sentimiento de culpa por haberse fallado a ella misma y a el bebé, es la herida emocional causada por el impacto psicológico que deja la cesárea (Olza & Lebrero, 2005).

Preguntar a las madres y sus acompañantes sobre sus deseos respecto al tipo de anestesia, atención del bebé, características del ambiente (música de su preferencia, luces tenues, silencio absoluto) ameniza las posibilidades de que sea una situación traumática. Además, otras actitudes que marcan la diferencia son ofrecer a la madre momentos de silencio antes de comenzar la operación para que

medite o rece si es de su voluntad, animar a que le hable a su bebé, evitar hablar sobre temas ajenos a la intervención, motivar el comienzo de la lactancia dentro del block y el acompañamiento de quien desee a todo momento (Olza, 2007).

En esta misma línea, Rowlands y Redshaw (2012) realizan un estudio desde el punto de vista psicológico analizando la asociación del sentimiento de insatisfacción relacionado con el parto instrumental y cesáreas. En este estudio, las mujeres que tuvieron partos vaginales asistidos con fórceps y partos por cesárea no planificados relataban una salud y sensación de bienestar más deficientes, mientras que las mujeres que tuvieron partos vaginales sin asistencia y los partos por cesárea planificados parecían verse menos afectadas. En este mismo estudio se observó la mejoría física y emocional de las mujeres, donde las que tuvieron parto instrumental o cesárea de urgencia presentaban una mejoría deficiente e incluso secuelas de estrés postraumático.

Entre los sentimientos de insatisfacción experimentados por las puérperas tras una cesárea, Farías (2014) expone que muchas mujeres relatan la disconformidad de no haber podido conocer a sus bebés así como nacieron, de no haber podido sentir su olor ni practicar el contacto piel a piel. Otro aspecto que les genera descontento es el hecho de que mientras se recupera de la operación reciba visitas en sala y su primer contacto con su hijo sea interferido por algún otro familiar o que inclusive no sea ella la primera en sostenerlo interfiriendo así el establecimiento del vínculo. Ésta situación además acarrea con el sentimiento de pérdida del momento que idealizaron y fantasearon de ese primer contacto junto con la “primera pérdida” (p. 82) que consiste en el nacimiento soñado y que concluyó en cesárea. Otro aspecto a destacar es el reconocimiento de la puérpera a ese nuevo cuerpo que habitan, el vientre vacío, los pechos llenos de leche, con cicatrices, cortes, dolor e inclusive con vestigios de la anestesia en el puerperio inmediato.

#### IV.4. Puerperio hospitalario

El nacimiento de un hijo es un evento trascendental en una familia y lo esperado es

que nazca luego de 9 meses y pasadas las 48 horas reciba el alta médica. Sin embargo, a veces no es así. Ramírez (2020) resalta que luego de un nacimiento que requiere el ingreso hospitalario del bebé, la madre o ambos generan un trauma en el ambiente familiar por lo inesperado de la situación.

Cuando es el bebé quien es ingresado, trae como consecuencia la interrupción del vínculo madre-hijo y la madre pasa por un duelo interno por la maternidad que soñaba junto con angustia y preocupación por la salud de su bebé, a la vez que tendrá que aceptar la situación y enfrentarla.

Los padres a los que les permite el contacto temprano y participar del cuidado diario de su bebé recién nacido que se encuentra hospitalizado tienden a sentir más autoconfianza y seguridad al llegar a sus casas luego del alta. En lo que respecta a la madre específicamente, esta participación activa en el ambiente hospitalario estimula el conocerlo y motiva su autoconfianza para reconocerse como madre cuidadora ante sí misma y ante los que la rodean (Ocampo, 2013).

Por otro lado, cuando es la madre la que debe quedar ingresada, lo que determinará si se puede hacer cargo de su bebé o no y si se puede generar el vínculo de la díada de forma segura y saludable, es la gravedad de su estado (Ramírez, 2020).

En la medida de lo posible, lo ideal es que ambos estén juntos siempre. Para ello, entra en cuestión el Método Madre Canguro (MMC) que fomenta la salud y el bienestar de los bebés prematuros y nacidos a término. El MMC es definido por la OMS (2004b) como *“la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre”* (p. 2). Asimismo, facilita el contacto piel a piel continuo desde el primer momento, favoreciendo el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos con la díada madre-bebé. Permite que la madre adquiera sensación de empoderamiento, confianza en los cuidados que brinda al bebé, autoestima y plenitud, además muchas de ellas relatan sentirse menos estresada

## IV.5. Puerperio en solitario

Según Ramírez (2020) las razones por las que las madres llegan a esta circunstancia son muy variadas, en este sentido y con respecto a los aspectos psicológicos materno de la monoparentalidad, es imprescindible diferenciar si la llegada a esta ha sido escogida libremente por la madre o le ha venido impuesta por diversos eventos imprevistos como abandono, muerte del padre, ruptura de la pareja.

Cuando es elegido, el proyecto de monoparentalidad es concebido desde el primer momento, sin embargo cuando no lo es, es necesario pasar por un proceso de adaptación por la crisis que supone. Cuando la maternidad en solitario no es elegida, el bienestar de la madre puerpera en estos casos dependerá de distintas variables, por ejemplo, si cuenta con ayuda económica ya que la preocupación de poder enfrentar sola los pagos de la vida diaria suya y de su bebé, puede ser motivo de angustia. Como dicho anteriormente en el capítulo III, según la OMS (2001) el factor económico es reconocido como un factor de riesgo para la salud en general. La ansiedad y la tristeza también son variantes frecuentes, además del estrés que se genera por el cambio de planes de maternidad compartida a monoparentalidad.

En nuestro país los hogares monoparentales con jefatura de mujeres ha aumentado desde la década de los setenta. Según el censo de 1975 la proporción de mujeres jefas era de 21%, en el de 1996 constituían 29,1% y en de 2011 el 48,5%. Sin embargo, la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2012 revela que en el censo del 2011 se registra lo que se llama un crecimiento artificial de la jefatura de mujeres ya que según la ECH los hogares con jefas mujeres son del 40,5% (Calvo, 2015).

## IV.6. Puerperio múltiple.

Hacemos referencia a puerperio múltiple cuando en vez de dar la bienvenida a un solo bebé, se incorporan dos o más. La mujer que transita por este puerperio, transitó previamente un embarazo múltiple. La OPS (2019) cataloga este diagnóstico como “alto riesgo obstétrico” por el riesgo aumentado a desarrollar ciertas patologías del embarazo como por ejemplo preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, hemorragia posparto, malformaciones, etc.

Esta etiqueta de embarazo de alto riesgo que se le fue asignada a la madre desde un comienzo la acompañará hasta pasado el posparto inmediato, haciendo con que viva su proceso de embarazo parto y puerperio en estado de hiperalerta, de manera muy alejada a la calma y tranquilidad que se aconseja tener. Esta situación sumada a cantidad de opiniones y comentarios que les llegan prediciendo las situaciones que le tocarán vivir con dos o más bebés recién nacidos, son provocadores de estrés que se va acumulando a lo largo de la gestación. Estas madres que además sufren las presiones del estrés cotidiano, las preocupaciones de la carga económica, y junto con la atención que requieren dos o más bebés dependientes al mismo tiempo hacen que sean una población más vulnerable y con mayor riesgo de malestar psíquico.

Las madres y padres de varios bebés, en general muestran peores resultados en cuanto a salud mental en el período posparto comparado con madres y padres de un solo bebé (Beck, 2002, como se citó en Ramírez, 2020).

## IV.7. Puerperios encadenados

Como se ha dicho anteriormente, la madre se encuentra en puerperio hasta que finaliza el puerperio emocional. Hablamos de puerperios encadenados cuando la mujer, transitando un puerperio, queda embarazada otra vez por lo que nace su nuevo bebé mientras que el anterior sigue en fusión con ella habitando la misma esfera emocional.

Las madres que transitan por este puerperio lo describen como cansado, loco, agotador, desquiciante, caracterizado por cambios fisiológicos y emocionales. Dentro de las bellezas de este puerperio, refieren que viven las dificultades de la crianza al mismo tiempo y que los hijos se crían juntos.

La OMS y la OPS establecieron que un adecuado período intergenésico es de al menos 24 meses entre el final de una gestación y el comienzo de la siguiente. Cuando es menor a este tiempo se relaciona con condiciones inadecuadas o inclusive desfavorables para la reproducción. Entre los distintos motivos por no ser

recomendable un embarazo antes de este tiempo se destaca el agotamiento nutricional materno, la pobre recuperación física de la madre, el estrés post parto en el que transita y la disminuida capacidad de atención que dispone. En esta misma línea, estudios llevados a cabo en América Latina demuestran la alta prevalencia de complicaciones como parto pretérmino, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal e inclusive restricción de crecimiento intrauterino en gestaciones con corto período intergenésico (González et al., 2019).

## IV.8. Puerperios sin bebé vivo

La expectativa de estar inundada de vida y el choque de la vivencia de la muerte hace que esta situación sea de las más desgarradoras que vive una madre. Genera un choque psíquico difícil de digerir. La pérdida de todos los sueños y anhelos con ese bebé esperado es una situación devastadora indiferente de la edad gestacional que estuviera cursando (Pastor et al., 2016 como se cita en Ramírez, 2020)

A pesar de que la pérdida gestacional es un fenómeno frecuente, es común que se trate de silenciar ante la sociedad ya que se cree necesario no hablar de ello como forma de colaboración para poder atravesar esta situación. La realidad es que ocultar y silenciar el dolor sufrido por los padres genera una disminución del apoyo necesario en este momento y minimiza la situación cuando en verdad es relevante (Costa, Nacimiento, Da Rocha y Iaconelli, citado en Tabárez, 2016).

Luego de la pérdida, es normal y esperable que tanto la madre como el padre sufran un duelo donde lo sano es que se permitan llorar, estar tristes, enojados, hasta asimilar lo que sucedió. Es recurrente en este puerperio el sentimiento de culpa, las madres pueden llegar a sentir que llevan responsabilidad por la muerte de sus hijos. Casi siempre los motivos son ficticios y no causantes de la desgracia.

En el caso de que nazca el bebé vivo y fallezca después, las características de este duelo pueden variar ya que tuvieron la oportunidad de un encuentro previo amoroso donde podrán haber tenido la chance de conocerlo y reconocerlo, además de poder despedirlo (Ramírez 2020).

Cuando el duelo es luego de una muerte perinatal (dentro de los primeros siete días

de vida), la madre generalmente atraviesa sensaciones de vacío corporal, sensación de inadecuación junto con pérdida de autoestima y culpa y el sentimiento de que una parte de sí misma fue dañada (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina como se cita en Furtado, 2016). En esta misma línea Defey (1996) relata que “*se da una conjunción de un duelo por el objeto de amor y un duelo por la pérdida de una parte propia (duelo por el self)*” (p.89)

En las situaciones donde el puerperio es luego de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que la mujer haya decidido transcurrir por eso no le quita el derecho ni la posibilidad de sentirse triste y apenada por su pérdida. Por la presión de la sociedad que juzga y culpabiliza a estas mujeres, estas situaciones son más invisibilizadas y silenciadas además de que hacen sentir a las mujeres que no tienen justificativa el estar tristes por haberlo decidido. El sentimiento de culpa puede estar presente y es frecuente que si en los siguientes embarazos sufre un aborto espontáneo, piense que es el precio que debe pagar por lo que hizo y se castiga por ello (Ramírez, 2020).

## IV.9. Puerperio Arcoíris

Las mujeres transitan un puerperio arcoíris ante la llegada de un bebé tras la pérdida de un hermano o hermana.

Ramírez (2020) explica que la denominación de “arcoíris” hace referencia al fenómeno meteorológico que sucede cuando sale el sol después de una tormenta, simbolizando la luz y la esperanza que llega a las familias.

No existe un tiempo estipulado para esperar desde una pérdida hasta una nueva gestación. El deseo de una nueva maternidad puede surgir tarde, temprano o no volver a llegar nunca más. Solamente la mujer sabe y siente el momento y no significa que borre el recuerdo del bebé que partió.

Los procesos de duelo perinatal pueden durar años y no desaparecer con la llegada de un nuevo bebé.

La mujer que atraviesa una pérdida gestacional sufre en el siguiente embarazo ciertos temores y ansiedades donde se puede afectar la percepción de su capacidad

reproductiva y materna, además aflora el temor a no poder cumplir con el rol maternal socialmente esperado y sentimiento de inferioridad (Costa, Nascimento, Da Rocha y Iaconelli, como citado en Tabárez, 2016).

El miedo de la gestante de que se repita nuevamente situaciones idénticas a lo largo de ese nuevo embarazo y crianza del bebé en el puerperio producen en la madre momentos de confusión pudiendo ser paralizantes, perdiendo la referencia entre pasado y presente, fantasía y realidad (Defey, 1996).

En el puerperio, las madres aman a sus nuevos bebés pero extrañan al que no sobrevivió por lo que la alegría y la tristeza se alternan en su día a día (Ramírez, 2020).

Este puerperio ha sido descrito por Pain y Cols (1991, como se citó en Defey 1996) según tres ejes: los sentimientos ambivalentes, el miedo a vivir nuevamente la muerte de su hijo y la reactivación de la nostalgia por el hijo perdido. La tristeza por el hijo perdido acompaña los primeros encuentros con el nuevo bebé acompañado de la búsqueda de padres y familiares por encontrar semejanzas entre uno y otro con la intención inconsciente de recuperar el hijo que no está y el miedo a que se repita la historia en el caso de que las semejanzas sean muchas. Otro punto a destacar es la confusión paralizante que pueden llevar a vivenciar estas madres donde por un momento pierden la noción entre el pasado y el presente, lo que es real y lo que es fruto de su imaginación.

Sin embargo, la presencia del nuevo bebé es la confirmación de que la vida sigue y que en ciertos aspectos, han triunfado sobre la muerte, permite que los padres completen su duelo por el hijo anterior y los llenan de vida a pesar de que esto les produzca sentimientos agriados por el miedo de traicionar el hijo que no está si en algún momento llegan a olvidarlo u olvidar algunos rasgos. Por lo tanto, genera sentimientos encontrados sobre los proyectos anhelados para el otro hijo, y el de haber logrado concebir un bebé en el cual volcar todo el afecto y sueños que tenían de cierta forma guardado. Otro sentimiento que se puede percibir es el deseo de los padres sobre nunca haber vivenciado la pérdida y que el nuevo hijo en cierta forma sea una reencarnación que con su llegada les devuelve la ilusión y la esperanza que habían perdido.

## IV.10. Puerperio en Tiempos de Pandemia

Desde marzo del año 2020 vivimos en una crisis pandémica por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) por lo que muchas mujeres tuvieron que parir en esta crisis sanitaria.

El contexto donde se vive el embarazo y el parto es un gran pilar de la salud mental. La manera en que la mujer se ha sentido a lo largo de cada proceso es crucial para entender cómo está viviendo su puerperio, por ejemplo; si pasó por momentos de miedo, angustia, ansiedad, o temor en exceso, es posible que pueda desencadenar sintomatología ansioso depresiva en el posparto o incluso desarrollar estrés postraumático (Ramírez, 2020).

Siguiendo esta misma línea, Brik et al., (2021) explican que la pandemia en conjunto con el confinamiento completo de la primera ola de COVID-19 fueron factores estresantes y constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto ya que las cuarentenas están asociadas a consecuencias psicológicas como trastorno del estrés postraumático y depresión. Asimismo, las mujeres embarazadas en particular constituyen un grupo de vulnerabilidad durante la pandemia por falta de evidencia científica sobre los posibles efectos del virus a largo plazo tanto en el embarazo como en el feto. A su vez, en las mujeres embarazadas el trastorno de ansiedad a causa de la pandemia aumentó un 15,2% mientras que la tasa de prevalencia de depresión mayor durante la gestación aumentó un 7,4-12,8%.

Entre las situaciones que pueden generar a la mujer sentimientos ambivalentes, además de la incertidumbre de la pandemia, está el hecho de que sea atendida por otra persona que no sea la que ella planificó y en quien confiaba, que no le hayan permitido estar acompañada a todo momento, que la hayan separado de su bebé luego del nacimiento o que se haya contagiado, entre otras situaciones diversas.

Parasi (2020) destaca que se observa en estas madres durante la pandemia el temor al contagio, sensación de inestabilidad y dificultad en los servicios prestadores de salud para brindar atención a madres y bebés de forma integral. Todos estos síntomas llevan a un considerable aumento en las cifras de ansiedad, depresión posparto e inclusive pensamientos de autolesión (Takubo et al., 2021; Parasi, 2020). Algunas gestantes y puérperas residentes en Uruguay relatan para la revista Galería

(2020) cómo fue transitar esta etapa durante pandemia:

"Yo siento que estoy viendo una ficción a veces. La primera semana me vino una crisis y después acepté, maduré y dije: 'Paula, cambiá el chip. Estás en una posición que no tenés de qué quejarte. Me preocupa mucho la gente cercana que está en estado de vulnerabilidad y trato de ayudar. Trato de no mirar tantos informativos. Por suerte vino él (Juan), pero no es una felicidad completa. Vamos a salir diferentes. Vamos a valorar otras cosas. Yo lo viví muy traumático porque me encanta ver gente. El otro día un conocido no me saludó y empecé a los gritos para que me viera, para hablar con alguien. Con el panadero hablamos de todo, sabía hasta qué día me inducía. El ser humano tiene esa necesidad, y es insólito lo que está pasando. Es muy fuerte eso de no poder tener el contacto, un abrazo, un beso" Paula

"Los primeros días fueron medio raros, era todo realmente increíble y difícil de asimilar. Después pasé por días de miedo, estrés y mucha tristeza, sobre todo porque, en vez de estar contenta porque se me venía la fecha de parto, estaba aterrorizada por todo lo que veía en WhatsApp" Sofía

"Tuve un momento de crisis fea, de ansiedad, de decir: hoy los mandados los hago yo y empezar a dar vueltas, lo que en psicología llamamos 'empezar a rumiar'. Se hizo la hora en que cerraba el súper y no pude ir, porque tenía mucha ansiedad" Martina

## En suma

Luego de haber visto los distintos tipos de puerperio, queda clara la vulnerabilidad de la madre en este período posparto debido a los cambios hormonales y de rutina. La formación del vínculo madre-bebé es un eslabón esencial para la salud mental materna y a su vez puede verse alterada por distintos factores como ambientales (el caso de la pandemia es un claro ejemplo de ello), sociales y psicológicos.

Para contribuir a un puerperio sano, es imprescindible promover la atención de las necesidades psicológicas de la mujer y la participación en grupos de apoyo. Además, evitar intervenciones innecesarias al momento del parto, tratar de generar

un ambiente cálido y seguro y facilitar el vínculo temprano de la díada por medio del contacto piel a piel, lactancia temprana, evitar la separación de la madre y el bebé y principalmente hacer a la madre participe en cada etapa, integrándola e informándola para que sienta desde la gestación que es ella la protagonista de su parto, lo cual acarreará beneficios en la salud mental del puerperio como hemos visto.

## Capítulo V

### Psicopatologías del puerperio:

*“Al igual que la Luna, la maternidad tiene dos caras. Al igual*

*que la Luna, una está oculta y si bien ciertamente sabemos de su existencia, frecuentemente la olvidamos y nos embelezamos con la faz hermosa, fácilmente visible.”*

*Denise Defey*



Las alteraciones de la salud mental son comunes en el período posparto y se pueden manifestar de forma leve como también en trastornos graves que deben ser tratados de forma oportuna (Zivoder et al., 2019).

Socialmente, como hemos visto, la maternidad es vendida como una imagen de madres llenas de bondades, casi virginales, sonrientes y amables, casi perfectas. La realidad es que esa transición hacia la maternidad puede traer una serie de emociones y extrañezas e incluso rozar el desequilibrio emocional (Ramírez, 2020).

Según Defey (1994) todos los acontecimientos que se consideran traumáticos son

factores de riesgo tanto para la salud somática o psíquica. “Se entiende por riesgo a todos la posibilidad de que ocurra un suceso” (p.81). Dentro de estos factores de riesgo se encuentran interrelacionados los sucesos vitales estresantes, la falta de soporte social, la vulnerabilidad de la organización psicobiológica individual, la calidad de la asistencia e incluso cómo se produjo el parto.

Engel (1997, como se cita en Defey, 1994) propuso un modelo bio-psico-social donde las alteraciones de la salud deben ser analizadas de forma simultánea en distintos niveles que van desde lo molecular hasta lo institucional y social para buscar factores que pudiera predecir el comienzo de una enfermedad, ya sea física o mental.

Concerniente a la importancia de la identificación, se centra en las consecuencias de los síntomas de DPP. Estos afectan a la mujer en distintos ámbitos como el social, laboral, familiar. Además afecta el vínculo con su familia nuclear, es decir su pareja, el bebé y demás hijos si los tuviera. La DPP está asociada también a peor calidad de vida del recién nacido, lo cual afecta tanto su desarrollo emocional como el intelectual y el cognitivo (Feligreras, 2020). En esta misma línea, de acuerdo con Gressier et al., (2017), la DPP asociada al suicidio es una de las causas más importantes de muerte materna en el puerperio, añadido a esto el riesgo de filicidio principalmente en los casos de psicosis puerperal. Por lo tanto, identificar los factores de riesgo para desarrollar la DPP es esencial para lograr la detección temprana y consiguiente derivación previniendo así los efectos negativos que podrían llegar a suceder.

A continuación veremos las principales psicopatologías capaces de interferir en el transcurso del puerperio profundizando en cómo se cursa cada uno, factores de riesgo, etiología, consecuencias en la díada y cómo identificarlos principalmente en Primer Nivel de Atención.

## V.1. Baby Blues

También denominada depresión puerperal menor, depresión posparto menor (Defey, 1994; Corbo et al., 2011), disforia posparto (Ramírez, 2020), tristeza posparto

(Medina, 2013).

Es un estado de tristeza que se caracteriza por ser leve y transitorio, pudiendo durar horas o inclusive pocos días. Aparece en los primeros días posparto por lo que es bastante frecuente en el puerperio inmediato y mediato, y se resuelve de forma espontánea (Ramírez, 2020). Es causado en gran parte por componentes hormonales y por aspectos psicosociales, presenta una prevalencia de entre el 50 al 80% de las puérperas (Corbo et al., 2011; MSP, 2014).

### V.1.1. Etiología

La tristeza posparto (TPP) es una reacción emocional que se asocia a los cambios biológicos producidos desde la gestación hasta el puerperio y el esfuerzo de la puérpera para desarrollar conductas maternas como la lactancia y los cuidados hacia el recién nacido (Andrés et al., 2019), además de los ajustes familiares y sociales que debe enfrentar (Medina, 2013). En esta misma línea, Defey (1994) destaca además otros factores que pueden llegar a desarrollar esta alteración como el retorno a casa luego del alta hospitalaria y lo que eso conlleva, la adaptación a esa nueva situación que es demandante y exigente sumado a su propia exigencia sobre su papel materno. Además explica la presencia de lo que llama “microduelos” (p.116) por ese paso de gestación a maternidad alcanzada, el bebé soñado y finalmente conocido y los cambios del cuerpo que antes gestaba y ahora siente ansiedades, preocupaciones, presenta dolor, cicatrices, y de él brota sangre además de leche, haciendo con que lo viva como poco atractivo.

Medina (2013) destaca otros factores de riesgo presentes en algunas mujeres que pueden causar TPP, sin embargo hay casos donde a pesar de la presencia de uno o varios factores de riesgo, no se da la alteración. Éstos son: episodios de depresión o síntomas depresivos en la gestación, situaciones estresantes en la gestación principalmente en el último mes, alteraciones del sueño, haber sufrido síndrome premenstrual, antecedentes de hijos muertos. En esta misma línea, Ramírez (2020) agrega como factores de riesgo para transitar por TPP el haber vivido un parto traumático.

### V.1.2. Sintomatología

Entre los síntomas aparecen labilidad emocional, ánimo deprimido, llanto inexplicable, fatiga, ansiedad, dificultad para dormir, preocupación excesiva por el bebé que acompaña nerviosismo o irritabilidad durante la primera semana posparto (Medina, 2013; Andrés et al., 2019; Ramírez, 2020). Ante la persistencia o agravación de estos síntomas se aconseja descartar la presencia de depresión puerperal (Andrés, 2019).

Muchos de estos síntomas son adjudicados a los cambios hormonales, principalmente la labilidad emocional. Esto sucede porque las hormonas que estaban en gran concentración durante el embarazo, en el parto y puerperio inmediato descienden drásticamente generando así cambios emocionales e irritabilidad (Kuevi et al., 1983 como se citó en Ramírez, 2020). Siguiendo esta misma línea, las alteraciones del sueño son propias del puerperio y el agotamiento tanto físico como emocional también, pudiendo causar trastornos del estado de ánimo en la madre. Estos síntomas generalmente son opacados por ella misma por evitar expresarse, generando que esa disforia silenciosa termine en depresión posparto. Se ha confirmado la relación entre la TPP en los primeros días y la posibilidad de desarrollar una depresión posparto (Hannah et al., 1992 como se citó en Ramírez, 2020).

### V.1.3. Tratamiento

Al ser una alteración transitoria, no requiere tratamiento. Sin embargo es imprescindible informar a la madre, a la pareja y a los familiares sobre la sintomatología y la diferencia con la depresión posparto, enfatizando en el hecho de que si los síntomas aumentan o no desaparecen luego de 2 a 3 semanas, debe recurrir a un profesional de la salud (Medina, 2013). Cabe resaltar que la consulta puerperal con el/la obstetra en Primer Nivel de Atención es el lugar propicio para informar las diferencias y prevenir que pase a mayores.

## V.2. Depresión Posparto

La depresión es un trastorno mental que conforma la principal causa de discapacidad en el mundo e influye en la cifra de morbilidad a nivel mundial afectando a 280 millones de personas (OMS, 2021).

La depresión perinatal es definida por el National Institute of Mental Health (NIMH, s/f) como “trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto” (p. 2) y agrega que el término “perinatal” incluye la depresión antes del parto (depresión prenatal) y la depresión luego del parto (depresión posparto). Por lo tanto, la depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres en el puerperio. Según la OMS, la prevalencia de este cuadro es de un 10-15% de las puérperas a nivel global (MSP, 2014).

En cuanto a las clasificaciones diagnósticas, según la CIE-10, la DPP aparece como trastorno mental y del comportamiento del puerperio que ocurre 6 semanas posparto (F.53.0). En cambio, según el DSM-5 a la clasificación de depresión anteriormente publicada, incluyó el trastorno depresivo mayor que inicia durante el embarazo o en las primeras 4 semanas posparto. No obstante, son varios los autores que acuerdan ampliar este período a 1 año posparto debido a que en la práctica se logra observar síntomas persistentes de depresión posparto hasta los 2 años del nacimiento (Horowitz y Goodman, 2004 como se citó en Ramírez, 2020).

La DPP por lo tanto, es similar al trastorno de depresión mayor, aunque con síntomas identificativos propios en relación al bebé y al rol materno los cuales veremos a continuación.

Por otra parte, Ramírez (2020) explica otra cara de la depresión posparto a la que denomina “la depresión sonriente” (p. 199) haciendo alusión a lo infradiagnosticada que está la enfermedad ya que muchas veces las madres opacan los síntomas por vergüenza a exteriorizar su angustia y se esfuerzan al máximo por cumplir la expectativa social que le es exigida, de madre sonriente y agradecida. Por lo tanto, a pesar de ver madres rebosantes de alegría, puede ser que internamente se encuentren tristes y desgraciadas.

En nuestro país se llevó a cabo una investigación de prevalencia de la DPP en el departamento de Montevideo en el año 2007 con las usuarias de ASSE, llegando a

la conclusión que el 16,54% de las puérperas de entre seis semanas a un año presentaban síntomas de depresión, esto es el equivalente a una de cada cuatro mujeres (Corbo et al., 2011).

### V.2.1. Etiología

A propósito de la DPP, afecta indiferentemente de la edad, raza, ingresos, cultura o educación. No es la consecuencia de algo que hayan hecho o no, por lo que no hay una sola causa para desarrollarla sino que existen diversos factores que contribuyen a la misma los cuales veremos a continuación (NIMH).

Asimismo, diversos autores han estudiado diferentes factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de síntomas de depresión posparto los cuales clasificaron en factores físicos o biológicos, factores psicológicos, factores obstétricos, factores pediátricos y por último los factores sociodemográficos (Feligreras, 2020).

Se entiende por **factores físicos o biológicos** los relacionados a la salud física de la puérpera, donde de por sí la etapa de maternidad que está transitando es una etapa de gran vulnerabilidad y susceptibilidad para desarrollar distintas patologías (Schwarcz et al., 2005). Además, se deben considerar los antecedentes personales y familiares de depresión en el embarazo o en cualquier otro momento de la vida, así como también antecedentes de suicidio o intentos del mismo (Owen y Cardno, 1999; Sullivan et al., 2000 como se citó en Ramírez, 2020). Es así como la DPP es considerada como una psicopatología transgeneracional ya que en la práctica clínica se observan familias que arrastran síntomas de DPP por años (Ramírez, 2020).

Por otro lado, están los cambios hormonales característicos del puerperio como ya han sido mencionados. Estos suceden luego del alumbramiento con el descenso de las hormonas producidas por la placenta que consta de la hormona gonadotrofina coriónica humana, lactógeno placentario, hormona liberadora de corticotrofina, progesterona y estrógenos (Schwarcz et al., 2005). Siguiendo esta misma línea, otras alteraciones hormonales que pueden desencadenar en DPP son las hormonas tiroideas T3 y T4 y la hormona estimulante de la tiroides, TSH. Esto sucede cuando se da lo que se llama tiroiditis posparto la cual afecta el 4,5% de la población. Ésta

comienza con una fase hipertiroidea de corto plazo producida entre el primer y tercer mes posparto y luego una fase hipotiroidea generalmente transitada asintóticamente entre el tercer y octavo mes de puerperio. La tiroiditis posparto es la alteración tiroidea que se presenta de forma más frecuente en el puerperio y muchas veces no es diagnosticada por confundirse con las alteraciones hormonales típicas del puerperio (Muñoz, F.; Portillo, M.; Rodríguez, A. 2001)

Asimismo, los aspectos físicos que cambian en el parto y puerperio también son especialmente importantes, por ejemplo la sutura de la episiotomía denominada episiorrafia o cicatrices causadas por la cesárea (Ramírez, 2020).

Por otra parte, Andrés et al., (2019) plantean que las mujeres que presentan síndrome premenstrual son más vulnerables a desarrollar DPP por los cambios en las hormonas reproductivas en el posparto.

En los **factores obstétricos** se incluyen todos los relacionados al transcurso del embarazo y del parto. Siguiendo esta misma línea, Soifer (1987) explica las ansiedades generadas en el embarazo, que en el caso de que se prolonguen con el tiempo puedan generar una depresión. Destaca la ansiedad generada por el comienzo de la percepción de movimientos fetales que lleva al temor a un hijo deforme, el miedo a morir en el parto, baja autoestima acompañado de miedo a sentirse y verse deforme.

Del mismo modo, Defey (1994) señala que las gestantes cursando un embarazo de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) tienen probabilidad de 2.5 veces más de desarrollar depresión puerperal grave. Schwarcz et al., (2005) define el embarazo de alto riesgo obstétrico como “aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto” (p.143). Esta probabilidad aumentada se debe al duelo que un embarazo de ARO genera en la mujer por la pérdida del embarazo soñado y el bebé sano anhelado, las preocupaciones consisten en el qué podría ocurrir con ellas y sus bebés, además del miedo de que el bebé nazca con poca o nula esperanza de vida o enfermo (Defey, 1994). Por otra parte, en un estudio de cohorte se constató que la preeclampsia (causante, entre otros, de diagnosticar un embarazo de ARO) es factor de riesgo para desarrollar DPP (Bergink et al., 2015).

Asimismo, el transcurso del trabajo de parto y parto también interfiere en el posparto. Queda demostrado que las mujeres cuyos partos fueron inducidos con oxitocina

sintética tienen más riesgo de sufrir ansiedad y depresión en el primer año posparto (Kroll-Desrosiers et al., 2017 como se citó en Ramírez, 2020). Además cabe la posibilidad de interferir negativamente en la lactancia materna generando como consecuencia problemas en el estado de ánimo y el vínculo de la díada (Olza et al., 2012 como se citó en Ramírez, 2020). En esta misma línea, Andrés et al., (2019) agregan como factores de riesgo el no haberse preparado para el momento del nacimiento, no haber planificado cómo le gustaría que fuera y que el parto terminara en una intervención de emergencia o de difícil extracción.

Otro aspecto obstétrico a destacar es si el embarazo que la mujer está transitando es deseado o aceptado, de no serlo afecta negativamente a la salud mental de la usuaria (Feligregras, 2020).

Por otro lado, se han confirmado los estados hipertensivos del embarazo como factores de riesgo de DPP afectando un 20,5% de las mujeres en un estudio realizado en Tanzania (Mbarak et al., 2019).

Continuando con los **factores psicológicos**, Ramírez (2020) menciona que cobran importancia todas las situaciones estresantes para la gestante como por ejemplo recibir malas noticias, ingresos al hospital, sufrir algún tipo de violencia (marital, de género, obstétrica) y agrega que las mujeres con personalidad perfeccionista son más susceptibles a desarrollar PDD debido a la preocupación desmedida por los errores, expectativas por la maternidad, por la familia nuclear perfecta acompañado de la baja autoestima.

En esta misma línea, Andrés et al., (2019) describen también situaciones de duelo durante el embarazo, que transite por una patología no obstétrica, la presencia de sentimientos contradictorios o estrés crónico, depresión o ansiedad y antecedentes de enfermedades psiquiátricas leves. Relacionado a la violencia hace énfasis a las mujeres expuestas a situaciones de abuso en la infancia y en algún otro momento de la vida fuera del embarazo.

Por otra parte, Soifer (1987) explica situaciones psicológicas dadas en el puerperio capaces de desencadenar DPP. Describe que las ansiedades vividas en el embarazo se resuelven buscando actitudes de aprobación, reverencia, halagos y homenaje hacia ella con la llegada del bebé, cuando estos festejos no se producen (generalmente si lo hacen) la depresión puede llegar a ser intensa. Agrega también lo que llama “ansiedad claustrofóbica” (p. 80) cuando todo lo que está en el hospital

o se relaciona con él es malo, sucio o dañino y su hogar es el único refugio tranquilo y seguro.

En lo que corresponde a los **factores pediátricos**, se encuentran los relacionados al bebé. Soifer (1987) explica las ansiedades generadas por el bebé donde en los primeros días siguientes al parto la puérpera podría sentirse confusa y deprimida debido a que el bebé duerme la mayor parte del tiempo y llora de forma persistente, perjudicando así la conexión entre la díada. En ésta misma línea, plantea las ansiedades en torno a la lactancia, las altas expectativas a poder dar de mamar, producir leche, que el bebé mame bien y resalta la frustración que le puede llegar a provocar el hecho de que el bebé al tomar el pezón se quede dormido. Ésta situación podría llegar a generar sensación de estar siendo rechazadas y que su pecho es despreciado. Sin embargo, sobre la duración de la lactancia materna asociada a la DPP, éstas madres frecuentemente mantienen la lactancia (Corbo et al., 2011).

Ramírez (2020) expresa que el uso de la oxitocina va más allá de dar de mamar, sino que también el hecho de acariciar, proteger y brindar confort al bebé. Esto se debe a que las hormonas ayudan en el comienzo del posparto que las madres reconozcan a sus bebés para lograr iniciar un vínculo. En los casos que esto no se produce o se interrumpe, genera un factor de riesgo extra para el posible desarrollo de DPP. Éstas situaciones de primer contacto interrumpidas son comunes de presenciar en los casos de parto pretérmino donde así que nace el bebé, lo toman para atenderlo e incluso muchas veces internarlo. Las madres pueden demorar horas e incluso días en conocer a sus bebés, tocarlos, sostenerlos o poder comenzar con la lactancia materna.

Los **factores sociodemográficos** por su parte consisten en la edad de la madre, el nivel económico y otros aspectos sociales (Feligregras, 2020).

Ramírez (2020) explica algunos factores sociales resaltando la edad (embarazo adolescente o embarazo luego de los 35 años), mala relación con los padres y/o pareja junto con poco apoyo de la misma.

Berruti (2009 como se citó en Corbo et al., 2011) analizó con la metodología de la Escala de Edimburgo y un cuestionario ad-hoc a 154 madres usuarias del Centro de Salud del Cerro en Montevideo y constató una prevalencia de 18,3% de DPP en el

primer año posparto. Añadido a esto, se corroboró que a mayor edad, más depresión. Con la cantidad de hijos, más de dos, más probabilidad de desarrollar DPP y destaca también las dificultades en la vivienda de la usuaria. Otro resultado otorgado fue que las mujeres con más nivel educativo, tienen más depresión. Sin embargo esto contrasta con el estudio de prevalencia realizado por Corbo et., (2011) en 2007 donde las mujeres con niveles de educación superior presentan bajo porcentaje (5% en universitarias) y las de bajo nivel educativo alcanza un 28,3% (educación primaria). La teoría que explica este hallazgo es que las mujeres con mayor nivel educativo pueden encontrar actividades laborales para compensar lo que la maternidad les exige. Siguiendo esta misma línea, explica que los elementos que se asocian a nivel socioeconómico deficitario son los que generan estrés crónico como poco o nulo soporte social y escasez de dinero. Por lo tanto, mujeres que no tienen trabajo remunerado o que tienen pocos ingresos económicos, presentan factores de riesgo para desarrollar DPP. Otra variante que encontraron fue el hecho de que las mujeres deprimidas manifiestan tener menos apoyo respecto al cuidado de los hijos.

Por otro lado, en esta clasificación también se incluyen el estrés de la nueva vida y la vuelta al trabajo (NIMH, S/F).

En la actualidad, la pandemia es un gran factor de riesgo para desarrollar DPP debido al aumento significativo de ansiedad en las mujeres durante la cuarentena (Takubo et al., 2021).

### V.2.2. Sintomatología

A propósito, los síntomas que se pueden notar son de preocupación con el recién nacido y su papel como madre pudiendo llegar a ser obsesiva. Además, otro síntoma marcante es la dificultad para dormir que trae por consiguiente irritabilidad y malestar o al contrario, que no quiera levantarse de la cama ni siquiera para atender a su bebé (Andrés et al., 2019; Ramírez, 2020). Sin embargo, muchas veces los síntomas están ocultos detrás de algunas acciones como idas constantes a puerta de emergencia, a la farmacia a comprar productos sanitarios, alteraciones en la alimentación, que se aíse y llore constantemente, acompañado de cansancio

excesivo luego de las dos semanas posparto. Estos factores pueden estar acompañados también de complicaciones con la lactancia, dificultad para conectar con el bebé y poder disfrutarlo. Puede suceder también el hecho de que la represión de síntomas por parte de la madre le genere en los años posteriores la reaparición de los mismos o inclusive en un siguiente embarazo (Ramírez, 2020).

Siguiendo esta misma línea, Medina (2013) menciona los síntomas propuestos por el DSM IV y CIE-10. Entre ellos encontramos además de los ya mencionados, problemas de atención, concentración y memoria, dificultad para cuidar de su bebé, pensamientos negativos hacia el bebé incluyendo la idea de que lo puede dañar, temor, ideas de autolesión.

### V.2.3. Tratamiento

Con respecto al tratamiento, Medina (2013) sostiene que lo ideal es detectar la DPP cuando recién está comenzando con algunos síntomas sutiles como cansancio, dolores, apatía, etc. A continuación un psicólogo, terapeuta o psiquiatra deberá evaluarla y brindar servicio integral buscando apoyo multidisciplinario. Según la OMS (2015) se logra diagnosticar una DPP cuando los síntomas característicos perduran de forma ininterrumpida a lo largo de 2 semanas.

Las opciones de tratamiento son en primer lugar la terapia y en segundo la medicación. Ésta última es recomendada en las situaciones de depresión moderada a grave y los medicamentos más utilizados para tratar los síntomas son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Aquellos casos que la gestante tiene historia previa de DPP es recomendable que inicie el tratamiento en el posparto inmediato para prevenir posible recaída.

Por su parte, la NIMH (s/f) explica que el tratamiento terapéutico puede ser la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal. En el caso de la terapia cognitivo-conductual es más utilizada en las situaciones de ansiedad. En ésta se enseñan distintas formas de pensar y reaccionar, dependiendo de la situación, con la finalidad de mejorar las emociones que experimentan y cambiar patrones de comportamiento y pensamiento. Por otro lado, la terapia interpersonal es la utilizada por excelencia en el tratamiento de la depresión posparto donde se trabaja la idea de que los

acontecimientos interpersonales y de la vida misma afectan el estado de ánimo y viceversa. Tiene como objetivo mejorar las habilidades comunicacionales en todos los ambientes incluyendo el intrafamiliar, además de lograr establecer redes de apoyo y metas a corto plazo que le permitan lidiar con los problemas que contribuyen a su DPP. En esta misma línea explica que el uso de los antidepresivos demora entre seis y ocho semanas para mejorar algunos síntomas como alteraciones de la alimentación, sueño y falta de memoria o concentración. Luego sí aparecen las mejoras del estado de ánimo.

La OMS (2015) registra en el Manual de Pensamiento Saludable instrucciones sobre cómo manejar la DPP. Entre los puntos que resalta se destacan que las intervenciones psicosociales deben ser el primer recurso para manejarla tanto en el embarazo como forma preventiva como durante el puerperio considerando los posibles efectos secundarios de los fármacos en la lactancia materna, por este motivo la medicación antidepresiva debe ser evitada dentro de lo posible. Además destaca la importancia de mantener una comunicación clara, sensible y empática tanto con las mujeres como con sus familias para lograr derribar el estigma sobre los sentimientos negativos en el puerperio, pudiendo ayudarse utilizando términos conocidos y generales como estrés o carga en lugar de trastorno depresivo o depresión. Asimismo, es importante motivar a otros tratamientos complementarios como la actividad física, actividades de relajación, integración de grupos de apoyo o redes de relaciones sociales para agregar a la rutina diaria de la madre. Por último, destaca la importancia de un enfoque integral por parte de los profesionales de la salud, donde se evalúe tanto el bienestar físico como psicológico de la madre y analice la relación de la díada durante el puerperio.

#### V.2.4. Identificación y Evaluación de las Psicopatologías del Puerperio

La DPP al ser de alta prevalencia y considerándose una patología con cuadro clínico grave, es de gran importancia la correcta identificación y evaluación para lograr una derivación oportuna.

Respecto a la identificación de las psicopatologías depresivas del puerperio, Ramírez (2020) afirma que todos los profesionales de la salud que mantienen

contacto con puérperas deberían estar preparados para detectar la sintomatología característica de la DPP. La madre y el bebé constituyen lo que vendría a ser un sistema engranado y delicado, donde es prácticamente imposible atender a uno sin incluir o escuchar al otro.

En esta misma línea, la Asociación Pediátrica Americana ha plasmado la responsabilidad de los pediatras a la hora de evaluar entre los factores parentales y familiares que constituyen un riesgo para el desarrollo del niño, la salud mental materna, más específicamente la DPP (Chaudron y cols 2007 como se citó en Corbo et al., 2011).

Del mismo modo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018) recomienda que todo profesional de la salud que brinde atención obstétrica, principalmente obstetras y ginecólogos, lleven a cabo una evaluación completa del estado de ánimo y bienestar emocional de la puérpera. En los casos que la evaluación se realice durante la gestación, se debe volver a realizar en el puerperio. Debe estar preparado tanto para identificar como para derivar a las usuarias a los profesionales competentes en salud mental y conductual.

El MSP (2014) también resalta la importancia de lograr identificar el estado emocional de la puérpera para lograr brindarle una derivación oportuna con un profesional de la salud especializado.

Los profesionales de la salud que atienden a las gestantes y puérperas deberían estar previstos de guías para captar y orientar a las mujeres con factores de riesgo o que se encuentren cursando una depresión. Para esto es imprescindible el trabajo multidisciplinario junto con salud mental (Corbo., 2011).

Por otro lado, Ramírez (2020) menciona que las puérperas no suelen expresar sus sentimientos ni emociones en los controles posnatales principalmente cuando éstos no son preguntados de forma clara y puntual, lo que hace que la DPP sea infra detectada. Sin embargo, las altas cifras de prevalencia del trastorno ameritan que se lleve a cabo la asistencia especializada por parte de los profesionales de la salud. Por consiguiente, la identificación de los factores de riesgo deberían valorarse en el seguimiento del embarazo, durante los controles prenatales.

El problema de la dificultad en detectar la depresión materna junto con su alta prevalencia está en la idealización de la maternidad en nuestra sociedad. Las puérperas al opacar sus sentimientos reales para cumplir con el rol materno exigido

por la sociedad generan una ilusión de bienestar (Corbo et al., 2011). Para ello, es esencial analizar el estado de ánimo de la gestante junto con sus emociones respecto al bebé, a los cambios que vienen sucediendo o que sucederán y respecto al sistema de pareja (Ramírez, 2020).

La prevalencia de la DPP puede ser determinada por cuestionarios que detectan síntomas depresivos o por medio de una entrevista estructurada (Feligreras, 2020).

El sufrimiento y los daños que genera la depresión materna amerita que se realice un tamizaje (screening) en Primer Nivel de Atención. Los instrumentos para lograr el tamizaje son sencillos, inocuos, de bajo costo y de alta sensibilidad y especificidad.

La historia clínica perinatal (carnet perinatal) presenta un casillero donde colocar si el embarazo fue planeado o no. Es importante determinar si lo fue o no ya que existe una asociación entre los embarazos no planeados y no deseados, y el desarrollo de depresión posparto (OPS, 2019). En cada consulta se espera del profesional de la salud que cuida el bienestar emocional de esa mujer, que analice si cuenta con apoyo familiar o de la comunidad en la que vive, para resolver los problemas que se le presenten. Ante cualquier relato de cambio emocional o cambio de comportamiento se debe proporcionar una consulta con un profesional cualificado para evaluarla (OPS, 2010).

Corbo; Defey y D'Oliveira (2011) explican que inclusive en las policlínicas rurales se han demostrado que es factible detectar y orientar casos de DPP.

En cuanto al Screening para detectar la DPP, el principal instrumento utilizado es la escala de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés) que fue desarrollada en 1987 la cual es autoadministrada y se puede realizar en cualquier lugar. Además de ser la más utilizada ha sido traducida a 50 idiomas diferentes y está conformada por 10 preguntas relacionadas a la salud y no toma más de 5 minutos completarla. Entre las preguntas se incluyen los síntomas de ansiedad (característica destacada en los trastornos del estado de ánimo en el puerperio), sin embargo se excluyen aspectos como las alteraciones del sueño que pueden ser muy comunes tanto en el embarazo como en el puerperio (ACOG, 2018; Ramírez, 2020).

La escala de Edimburgo presenta una sensibilidad para evaluar la intensidad de la depresión en la primera semana posparto que llega casi al 100% y una especificidad de 82%. A pesar de estas cifras, no es válida para diagnósticos que engloben los distintos contextos de los que provienen estas mujeres. Por lo tanto, es

imprescindible que la evaluación acompañe una entrevista de carácter semi estructural donde predomine la escucha activa y se de especial atención a los relatos de emociones y sensaciones. Para esto es favorable apoyarse con las preguntas Whooley, ideales para emplearlas en Primer Nivel de Atención (Ramírez, 2020).

Las preguntas Whooley son solamente 2 y en caso de que sean afirmativas se deberá preguntar en qué se puede ayudar. Éstas son: “1- *En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimida, desesperanzada o baja de ánimos?*; 2- *En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que nada te interesaba o que disfrutabas muy poco haciendo las cosas?*” (Whooley, 1997 como se citó en Ramírez, 2020, pág. 205).

En nuestro país además de la posibilidad de realizar el screening para la DPP en Primer Nivel de atención, las instancias de Preparación para la Maternidad, cursos de parto o servicios comunitarios donde se atienden familias como el Plan CAIF y los jardines maternos, son también un espacio ideal para realizar intervenciones de prevención y detección precoz (Corbo et al., 2011).

### V.3. Psicosis Puerperal

Según el MSP (2014), la psicosis puerperal (PP) es un cuadro de delirio agudo con inicio precoz, variada sintomatología y constituye un riesgo tanto para la mujer como para el bebé por ser considerado una urgencia psiquiátrica. Osborne (2018) argumenta lo inconveniente que es denominar psicosis posparto a una psicopatología que está formada por trastorno afectivo o del estado de ánimo junto con trastorno psicótico alegando que con ese término los profesionales de la salud pueden confundirse con cualquier síntoma psicótico en el posparto o creer que los síntomas que pueden presentar serán iguales a un cuadro esquizofrénico o algún otro trastorno psicótico primario.

La PP es mucho menos común que el baby blues o la depresión posparto y presenta una prevalencia de 1-3/1000 (MSP, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2018). En muchos casos las mujeres que padecen no presentan antecedentes de alteraciones

psiquiátricas (Ramírez, 2020).

De acuerdo con el DSM 5-TR y la CIE-10 la psicosis posparto es considerada un trastorno psicótico con comienzo repentino. Según el Royal College of Psychiatrists (2018), los síntomas varían pudiendo cambiar abruptamente. Además, puede durar varias semanas o meses hasta recuperarse por completo.

Existe riesgo del infanticidio o de suicidio, por lo que acompañar a estas madres y sus bebés a lo largo del día es imprescindible. El hecho de preservar la relación madre-hijo en estos momentos de gran delirio aumentan significativamente la recuperación por lo que lo ideal es el acompañamiento constante y no la separación de la díada (Missonnier, 2012 como se citó en Ramírez, 2020).

Por otro lado, Ramírez (2020) resalta la falta de visibilidad de este trastorno y lo adjudica a la vergüenza materna que debe sentir, al miedo de que le quiten al bebé y además la estigmatización de la sociedad. Por este motivo es tan importante hacerlo visible, para detectarlo con tiempo y poder brindar ayuda.

### V.3.1. Etiología

Osborne (2018) describe el parto como el desencadenante principal de la psicosis posparto. En los primeros 90 días luego del parto es donde existe más riesgo de internación por causas psiquiátricas que en todo la vida de la mujer; este riesgo prevalece por 2 años posparto (Kendell et al.,1987 como se citó en Ramírez, 2020). El riesgo de que sufra algún trastorno psicótico en el primer mes posparto es 3 veces mayor que en cualquier otro momento de su vida (Terp y Mortensen, 1998 como se citó en Ramírez, 2020).

Sobre los factores de riesgo se destacan: la primiparidad, antecedentes personales de trastorno bipolar, antecedentes personales o familiares de PP, antecedentes personales o familiares de esquizofrenia, alteraciones del sueño, desregulación en el sistema inmunológico, cambios hormonales y complicaciones obstétricas antes,

durante o después del parto (Medina, 2013; Osborne, 2018; Ramírez, 2020).

Centrándonos en la paridad, estudios confirman la relación aumentada de la PP con la primiparidad (Di Florio et al., 2014). Este factor de riesgo se cree estar vinculado a la presión social del primer hijo generando un estrés psicosocial (Osborne, 2018).

En cuanto a los antecedentes de trastorno bipolar, se ha confirmado la prevalencia de antecedentes de este trastorno en mujeres que padecen de PP, inclusive el inicio es más temprano que la depresión (Di Florio et al., 2013). En algunos casos, la PP es el primer episodio de un trastorno bipolar, mientras que en otros casos constituye un episodio aislado donde las mujeres que lo sufren se recuperan totalmente (Ramírez, 2020).

Concerniente al sueño, las alteraciones del sueño es un desencadenante común de actitudes maníacas, por lo tanto, las mujeres que lo sufren son propensas a desarrollar PP (Lewis et al., 2018).

Respecto al sistema inmune, Bergink (2018) constató que a las 4 semanas posparto el 19% de las mujeres con PP presentaban enfermedad tiroidea autoinmune (enfermedad de Hashimoto). Por lo tanto, las mujeres con alteraciones de la función tiroidea tienen más riesgo de desarrollar PP.

Por último, las mujeres que ya sufrieron PP en embarazos anteriores deben ser acompañadas por psiquiatras y psicólogos a lo largo de la gestación para protegerlas de la enfermedad. Es esencial saber en el embarazo cómo está la madre, cómo se siente, sus antecedentes psicológicos personales y familiares en especial de trastorno bipolar o psicosis, para lograr proteger la díada y el sistema familiar (Ramírez, 2020). Los cambios hormonales que se sufren en seguida del parto son causados por la extracción de la placenta (órgano endócrino) y su consiguiente descenso brusco de hormonas placentarias (Schwarcz et al., 2005).

### V.3.2. Sintomatología

Los síntomas suelen aparecer de forma repentina dentro de las primeras dos semanas posparto (Osborne, 2018; Royal College of Psychiatrists, 2018; Ramírez, 2020). Los primeros síntomas de advertencia que constituyen la fase prodrómica son la desconfianza, aislamiento, alteraciones del sueño, insomnio, ansiedad, astenia,

desorganización y llanto. En los casos más graves resalta la disociación de su propio yo por la pérdida de contacto con la realidad, las ideas delirantes generando así una amenaza tanto para ella como para su bebé por escuchar lo que dicta su delirio en vez de priorizar las necesidades de su bebé y las de ella misma. En ésta misma línea, los síntomas característicos de la PP son la confusión del plano cognitivo, ideas delirantes (creencias o pensamientos que no son ciertos), grave insomnio, alucinaciones (ver, oír u oler cosas que no están presentes), manía (un ánimo elevado y eufórico que se contradice con la realidad), paranoia, confusión e inclusive depresión (NIMH, s/f; Medina, 2013; Osborne, 2018; Royal College of Psychiatrists, 2018; Ramírez, 2020).

Acerca de los delirios, son vinculados a ella, a la maternidad o a su bebé con actitudes como negación de la maternidad, no creer que el hijo es de ella, que se lo quieren quitar, que ha sido cambiado o tiene una identidad diferente, inclusive que le han cambiado el sexo. Suele verse de forma recurrente en los delirios la presencia mística o religiosa. Hablan sobre Dios, la salvación del universo del cual ellas son responsables, necesitan salvar a sus bebés o sacrificarlos para poder salvar al universo (Ramírez, 2020).

### V.3.3. Tratamiento

En cuanto a la identificación para comenzar el tratamiento, con la observación de los síntomas y la correcta evaluación de los antecedentes que presente la puérpera sería suficiente para lograr identificar y así comenzar a tratar. Con la mínima sospecha, es recomendable que se comience con acompañamiento 24hs por día. Es imprescindible una evaluación médica completa para descartar intoxicación por alcohol o drogas, alteraciones de la tiroides, anemia, o infecciones como mastitis, endometriosis y encefalitis (Ramírez, 2020).

Referente al tratamiento, todos los casos son tratados farmacológicamente. Sin embargo, en la mayoría de los casos la puérpera ingresa a ser hospitalizada. Se debe analizar cada situación en particular para prescribir el uso de antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas con el fin de calmar la ansiedad y la agitación (Medina, 2013).

Por otro lado, es necesario el apoyo psicosocial como medida terapéutica mientras se realiza el tratamiento farmacológico con la finalidad de identificar y reducir los factores estresantes (Medina, 2013; Osborne, 2018).

Hasta que la mujer vuelva a tener condiciones de cuidar a su bebé, es imprescindible trabajar en distintas áreas como afrontar qué efectos tuvo la PP en su autoestima y rol como madre, en sus vínculos afectivos incluyendo el con el bebé. En el proceso, tener una red de apoyo ayuda en su fortalecimiento y en la habilidad de manejar el estrés (Medina, 2013)

## En suma

El puerperio es conocido por ser la etapa de la vida de una mujer donde se presenta mayor vulnerabilidad e inestabilidad, donde los trastornos depresivos afloran.

La tristeza posparto, baby blues o depresión puerperal menor afectan la mayor parte de las puérperas teniendo una prevalencia del 80%, mientras que la depresión posparto afecta al 10-15% y la psicosis puerperal a 1-3 mujeres en 1000 nacimientos. Ninguna cifra es insignificante y todas estas alteraciones del puerperio deberían ser tratadas y habladas desde antes de la concepción, trabajadas en el embarazo y ser prevenidas. Es esencial la visibilidad de las mismas con el fin de evitar problemas mayores gracias a una temprana captación y derivación oportuna.

El acompañamiento psicológico y una red de apoyo son esenciales para acarrear cualquier alteración de la salud mental, por eso, no solamente debería hablarse de esto con las gestantes sino que con todas las personas en general para poder acompañar las puérperas de sus familias. El estigma social muchas veces fuerza a que las mujeres repriman sus sentimientos para mantener la maternidad plastificada e idealizada que tanto se ve en redes sociales, en propagandas, en películas y series, ocultando así un sinfín de sentimientos ambivalentes y causando, entre otras cosas, problemas en el vínculo con su bebé que acarreará dificultades a futuro.

Considerando las consecuencias a corto y largo plazo que podrían llegar a generar los cuadros depresivos del puerperio, queda clara la importancia de realizar un screening para lograr detectar una DPP. Éste puede llevarse a cabo en el embarazo

por cualquier profesional que realice consultas obstétricas, pero es esencial que se realice en todas aquellas mujeres transitando por un puerperio, dentro de la primera semana posparto.

La forma más efectiva de realizar este procedimiento es por la escala de Edimburgo, siendo ésta inocua, autoadministrada, rápida de completar y con alto nivel de sensibilidad. Para lograr que la captación de mujeres con posible cuadro de DPP sea más acertado, es imprescindible que la consulta sea amena, con comunicación fluida, escucha activa y por sobre todo prestando especial atención en los relatos de la madre sobre sentimientos y emociones tanto hacia el bebé como sobre ella misma y los que la rodean.

Luego de realizada, se recomienda la derivación al profesional de salud mental competente, el cual realizará un análisis integral del cuadro clínico indicando tratamiento correspondiente.

## Capítulo VI

# Maternidad y Puerperio: políticas públicas vigentes en Uruguay

*“Resignificar la maternidad como algo valioso, supone poner en consideración la importancia de los cuidados, de pasar tiempo con el otro, sosteniendo y consolando, para que desde ese recibir pueda construir su propia identidad sana y segura.”*

*Esther Ramírez*



En nuestro país se encuentra vigente desde 2008 la ley N°18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva. La misma afirma que el Estado se compromete con toda la población a garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Para ello se encargará de promover políticas nacionales por medio de la organización y desarrollo de programas basados en la salud sexual y reproductiva. Las políticas públicas en el sector de la salud tienen como finalidad garantizar la salud de las comunidades. En conjunto con la cobertura universal y la Atención Primaria, forman los tres pilares esenciales de la APS (OMS, 2008).

A nivel mundial, la salud perinatal ha sido una de las principales preocupaciones en los sistemas de salud generando así políticas públicas con diversos enfoques y concepciones (ASSE, 2019).

Con la Reforma del Sistema de Salud, ASSE es considerado el principal prestador público del SNIS, liderando el cambio para poder lograr los objetivos planteados. En este caso le es adjudicada la obligación de garantizar el cumplimiento de las normas establecidas sobre las políticas de salud, la calidad de la atención y el goce de los

derechos de los usuarios, especialmente los derechos sexuales y reproductivos en todos los servicios de salud. Es por esta razón que se promueve el trabajo del equipo interdisciplinario y que los profesionales de la salud estén capacitándose a menudo con el fin de mejorar la calidad de atención en todos los niveles (ASSE, 2019).

Siguiendo esta misma línea, Corbo et al., (2001) afirman que

Las condiciones en las que se producen los embarazos, las estructuras familiares para la crianza, la salud física y mental de las familias, son aspectos que no quedan rezagados exclusivamente al campo de las familias, sino que son parte de la responsabilidad social, y por tanto de las políticas públicas (p.23).

ASSE (2019) propone una atención cálida y humanizada, con un abordaje multidimensional de las mujeres: “la integridad de la salud implica pensar al individuo a lo largo de su ciclo vital, en las distintas esferas de su desarrollo (biológico, psicológico y social) y en sus diversos ámbitos de inserción e implementar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (Pág.26).

## VI.1. Factores psicosociales de apoyo a la mujer y su familia.

Schwarcz et al., (2005) afirma que la preparación integral para la maternidad es imprescindible para prevenir el choque emocional que se genera, además protege psíquicamente de ansiedades, miedos y fobias, por lo que un acompañamiento correcto o la inclusión en una red de apoyo como grupo de gestantes o puérperas se hace esencial para que la transición a la maternidad sea de forma amena y agradable.

Por otro lado, es común que las mujeres busquen menos ayuda psicológica y médica en el proceso de gestación y puerperio por eso tienen menos información sobre los grupos de apoyo (Caparros; Romero-Gonzalez, Peralta. 2018), haciendo

con que las gestantes que frecuentan los grupos sean la minoría, por esto es tan importante recalcar a todas las gestantes esa posibilidad de acompañamiento en cada consulta rutinaria.

En los Objetivos Sanitarios planteados por MSP para el año 2020 se destaca la mejora en la situación de salud de la población en general. Entre los problemas críticos que se plantean como base para la formulación de los objetivos sanitarios se encuentran el alto índice de cesáreas y los problemas vinculados a la salud mental. Como estrategia para mejorar en estos puntos, se propone la humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas proyectando reducir un 10% las cesáreas evitables y aumentar en un 20% la tasa de mujeres nulíparas que reciben preparación para el parto (MSP, 2019).

Siguiendo esta misma línea, Ramírez (2020) expresa que el apoyo de un grupo social, además del apoyo de la pareja, es capaz de brindar cuidado y sostén a la madre. Las sociedades donde la mujer es más cuidada por un grupo social y donde se llevan a cabo estrategias para afrontar el puerperio, tienen menor riesgo de DPP. Por lo tanto, ampliar la red social de la madre con la integración a grupos de apoyo es una estrategia para brindarle herramientas para lidiar con la maternidad y el manejo de los problemas que se puedan presentar.

Corbo et al., (2011) destacan que no es solo la pareja la que debe brindar apoyo a la mujer en todo el proceso sino que también la familia. Para lograr este acercamiento de los hogares, el sistema de salud de nuestro país, especialmente ASSE, propone el *Programa Aduana* (ASSE, 2014) compuesto por agentes socioeducativos y parteras comunitarias. Éstas opciones de acompañamiento también son de gran importancia para la intervención y evaluación de los casos donde se presente depresión materna. Otros servicios comunitarios como el Plan CAIF también brindan ayuda para prevenir y detectar precozmente mujeres en riesgo de DPP. Además de lograr una detección precoz gracias a estos planes, también favorece la cercanía a las madres en situación de vulnerabilidad creando un clima de confianza donde hace más probable que se revele su real situación y pidan ayuda. Por este motivo, el convenio ASSE-CAIF busca entre otras cosas, generar un acercamiento de la familia a los centros de salud.

El Programa Aduana en concreto tiene como objetivo captar y mantener el seguimiento de recién nacidos desde la institución hasta sus respectivos centros

barriales. Aseguran sus controles periódicos por medio de un sistema de monitoreo permanente priorizando situaciones de riesgo. Para lograrlo, se llevan a cabo visitas domiciliarias donde además se puede conocer la situación familiar de cerca y la recaptación de niños y niñas cuando amerite (ASSE, 2014).

Por otro lado, otra política pública vigente en nuestro país es *Uruguay Crece Contigo* (UCC) donde el objetivo es la protección integral de la primera infancia, brindando cuidados y protección a las mujeres embarazadas y a niños y niñas menores de cuatro años. Se lleva a cabo por medio del desarrollo de acciones socioeducativas que promueven buenas prácticas tanto en el ámbito familiar como social y además disminuye la incidencia de factores de riesgo tanto sociales como sanitarios. Orientan en las pautas de crianza, estimulación del desarrollo y participación activa del padre, entre otras cosas (Uruguay Crece Contigo, s/f).

En este programa participan otras instituciones como son el Instituto del Niño y Adolescente en Uruguay (INAU), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Banco de Previsión Social (BPS), MSP, ASSE, entre otros.

Siguiendo ésta misma línea, todas las usuarias de ASSE de la ciudad de Montevideo tienen derecho a participar del *Programa de Atención Integral a la Mujer* (PAIM) (IMM, 2014) en las policlínicas municipales, el único requisito necesario es la presentación de la cédula de identidad.

El PAIM actualmente se denomina Salud Sexual y Reproductiva y es conocido por haber sido pionero en el área de promoción de atención a la salud sexual y reproductiva con un abordaje integral, trabajando de forma interdisciplinaria en los aspectos de perspectiva de género, diversidad y no discriminación sexual. Hoy en día este programa hace parte de los objetivos sanitarios nacionales e implementa actividades en torno a la asistencia, prevención y promoción de salud enfocándose en los derechos de mujeres y hombres.

Entre las opciones que ofrece se encuentran consultas, test rápido de VDRL y VIH, IVE, preparación para el parto, educación sexual, talleres de salud sexual y reproductiva y masculinidades (Intendencia Municipal de Montevideo, 2014).

### VI.1.1. Grupos de apoyo no estatales

Como hemos visto, sensaciones como soledad, falta de sueño, cansancio y angustia pueden repercutir de forma negativa tanto en el estado emocional de la madre como en el del bebé y perjudicando la posibilidad de que la madre se ocupe de su bebé de la mejor manera posible. Por este motivo, es positivo que la madre reciba apoyo funcional además de logístico dentro y fuera de su hogar con el objetivo de evitar sensaciones de sobrecarga ya que éstas son un factor de riesgo para el desarrollo de DPP (Vargas y García, 2009, como se citó en Ramírez et al., 2013).

Siguiendo ésta misma línea, Karl et al., (2006, como se citó en Ramírez, 2020) expone que las mujeres en el puerperio, además de sentir agotamiento y los clásicos cambios fisiológicos, sienten cierto abandono por parte del personal de salud en lo concerniente al apoyo para el manejo de síntomas y adquisición de conocimientos y resalta el proverbio africano “para criar un hijo, hace falta una tribu entera”. Dicho esto, es clara la relevancia que cobran los grupos de apoyo social .

Actualmente, cada vez es más común criar hijos e hijas en soledad, muchas veces debido a la distancia de kilómetros entre familias o por la emergencia sanitaria en la que estamos viviendo, lo cierto es que la falta de sostén en el proceso de crianza genera en la madre una dificultad a más. Otro aspecto a destacar es que en nuestra sociedad predomina lo racional, dejando de lado el instinto, por este motivo es importante acompañar a las madres a reconectarse con la sabiduría interna e instintiva con el fin de sentirse empoderadas a la hora de toma de decisiones (Ramírez, 2020).

En Uruguay existen varios grupos de apoyo no estatal que tienen como objetivo el brindar apoyo emocional a mujeres gestantes y puérperas de fácil acceso por las redes sociales. Citando algunos grupos que brindan ese tipo de soporte se encuentra Nacer Mejor formado por un grupo de parteras, doulas, pediatra y ginecólogo donde además de dar talleres de preparación para la maternidad para parejas, asisten partos domiciliarios y asesoran sobre los primeros días del bebé en el hogar. Por otra parte, Raíces Maternas es un grupo conformado por distintas mujeres profesionales de la salud las cuales se dedican a informar, brindar apoyo y asesorar sobre las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio a través de talleres grupales de mujeres gestantes y sus respectivos acompañantes. Club de

Mamis es un grupo fundado por madres y para madres donde comparten experiencias y vivencias a través de reuniones y talleres. Por último, Parteras en Casa son un grupo de Obstetras Parteras que se dedican a la preparación integral de la maternidad y paternidad con talleres grupales, además ofrecen acompañamiento a la hora del parto y asesoramiento en lactancia materna.

## VI.2. Aspectos legales de la maternidad: la incorporación al trabajo y la licencia por maternidad

Son varios los modelos de maternaje existentes y las formas de adaptarse a la llegada de un bebé. Algunas madres planifican económicamente éste momento y ahorran para permanecer junto a su bebé el máximo tiempo posible luego de terminada la licencia por maternidad, sin tener que preocuparse con su remuneración. Otras sin embargo, se reincorporan al trabajo enseguida de terminada su licencia y buscan alternativas para que sus bebés estén bien cuidados y atendidos. También existen aquellas situaciones donde las madres se encuentran forzadas a reintegrarse a trabajar lo más pronto posible, ya sea por ser emprendedora o por trabajar en situaciones o lugares donde no figuran legalmente como funcionarias. Cualquiera que sea la situación, el panorama siempre es el mismo: madres preocupadas pensando en mil opciones para poder conciliar la maternidad con su vida profesional (Ramírez, 2020).

Las vivencias del puerperio están sujetas al contexto jurídico que legisla nuestro país, en la guía OIT (Organización Internacional de Trabajo) se puede observar un panorama general de lo que se recomienda para los países que hacen parte. La OIT es un organismo internacional especializado de las Naciones Unidas que trata los temas relativos al trabajo en donde Uruguay es miembro desde el 28 de junio de 1919. Es así como actualmente contamos en nuestro país con la ley N°19161 que comenzó a regir en el año 2013 donde se dispone que el subsidio por maternidad es un derecho para todas las trabajadoras dependientes de actividades privadas, las no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el BPS, sin más de un trabajador a cargo, a las titulares de empresas monotributistas y aquellas

trabajadoras despedidas que durante el período de amparo, se embarazaron.

La ley además establece que las mujeres beneficiarias tienen un total de catorce semanas de licencia por maternidad, dispuesto en seis semanas antes de la fecha probable de parto y ocho semanas después del nacimiento. Sin embargo, la misma puede ampliarse en algunas situaciones puntuales como el caso de un parto pretérmino, donde la mujer entra en licencia de forma inmediata y se mantiene hasta completar las catorce semanas. Otra situación es cuando el nacimiento se lleva a cabo después de la fecha probable de parto, el descanso tomado antes del mismo será prolongado hasta la fecha del nacimiento y a partir de ese momento, se prolonga ocho semanas más. Por último, en los casos de enfermedad por consecuencia del embarazo, parto o puerperio, se le otorgará una prolongación del descanso.

Sobre el subsidio por maternidad, se establece que recibirán el pago del 100% de su salario.

Siguiendo ésta misma línea, luego de finalizada la licencia por maternidad, tanto los trabajadores como las trabajadoras del ámbito privado tienen derecho al *subsidio parental para cuidados* del recién nacido que consiste en la reducción a medio horario de trabajo y el salario correspondiente pudiendo ser utilizado tanto por la madre como el padre de forma alternada, no pudiendo superar las 4 horas diarias de trabajo. El BPS por su parte se encarga de cubrir el 100% del pago de las horas reducidas. Éste derecho está amparado hasta los 6 meses de edad del recién nacido (MSP, 2014; Ministerio de Desarrollo Social, 2019).

Por otro lado, en nuestro país desde el 18/11/2021 entró en vigencia la Ley N° 20.000 (Ley Federica) donde expresa que se otorga subsidio por maternidad y paternidad a los trabajadores privados. Además, se extiende la licencia por maternidad en los casos de parto múltiple (gemelar), parto prematuro o bebés que presenten complicaciones posparto. En éstas situaciones pasa a ser de 14 a 18 semanas y dicha extensión no requiere de ningún trámite previo sino que se otorga de forma automática. A la vez, la ley establece que la misma se puede extender hasta los 6 meses de edad del bebé en aquellos casos que el recién nacido presente algún trastorno o enfermedad, discapacidad sensorial, física o intelectual donde sea necesario internación o tratamiento domiciliario.

Respecto a la licencia por paternidad, en todos los casos antes mencionados en lugar de los 10 días corridos que corresponden, se extiende hasta los 30 días corridos (Mederos et al., 2021).

En el caso de las trabajadoras del ámbito público, la licencia por maternidad es de trece semanas dividiéndose en una semana antes de la fecha probable de parto (pudiendo extenderse hasta seis semanas) y luego doce semanas posparto. El subsidio es del 100% del salario y una vez finalizada la licencia por maternidad, las funcionarias públicas tienen también el derecho de reducir su jornada laboral a la mitad hasta nueve meses percibiendo el 100% del sueldo o hasta lo que esté estipulado por acuerdo laboral en cada organismo. Inclusive en algunos organismos públicos se ha acordado medio horario laboral hasta un año y medio después, mientras que en algunos otros se extiende hasta que el bebé deje de lactar.

La licencia se puede extender en los mismos casos mencionados para las funcionarias del ámbito privado (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2008; MSP, 2014; MDS, 2019a).

### VI.2.1. Lactancia Materna

En el marco del Programa Nacional de Salud de la Niñez fue elaborado en el año 2009 por el MSP la *Norma Nacional de Lactancia Materna* donde se tiene como objetivo fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad pudiendo extenderse de forma complementaria hasta por lo menos los dos años de vida y definir cómo intervenir en la lactancia materna dentro de la organización y gestión del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud con la finalidad de promover y proteger la lactancia materna en todos los servicios del país, entre otros objetivos. Además, se establecieron los requisitos y condiciones para el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana, así como las pautas para su utilización (MSP, 2009).

Por otro lado, en nuestro país según la Ley N°16104 en el Art. 28 expresa que las funcionarias madres en caso de que se encuentren amamantando a sus hijos, podrán solicitar reducción de su horario de trabajo a la mitad, inclusive hasta que su bebé lo requiera (MDS, 2019a).

En el año 2019 fue reglamentada la Ley N°19530 sobre la Aprobación de la Instalación de las Salas de Lactancia Materna garantizando así la alimentación de cientos de niños y niñas del país. Gracias a esta norma, se plantea que todos los edificios o locales tanto públicos como privados en donde estudien o trabajen mínimo veinte mujeres o cincuenta empleados, deben tener un área de uso exclusivo y acondicionado para las mujeres donde puedan amamantar, extraerse leche e incluso almacenar o conservar la misma. Es imprescindible que sean locales seguros, cómodos, accesibles, higiénicos y privados.

Siguiendo ésta misma línea, en el decreto N° 234/018 (promulgado el 30/07/2018), que regula esta ley, se plantea que las salas de lactancia están destinadas a mujeres de entre 15 y 49 años. Además, expresa que toda mujer que amamante a su hijo, tiene autorización para interrumpir su trabajo durante dos períodos de media hora cada uno o un sólo período de una hora cuando desee. Estos lapsos de tiempo serán abonados como trabajo efectivo. Caso sea necesario, el médico de referencia de la mujer puede encargarse de fijar el tiempo de duración para dar de mamar (MDS, 2019b).

Por último, la Ley N°17.215 expresa que todas las mujeres que estén embarazadas o en período de lactancia y cumplan tareas en sus trabajos que puedan afectar su salud, tienen el derecho de cambiar de forma temporal sus funciones y mantener el mismo salario hasta que termine éste período.

Como hemos mencionado anteriormente, la lactancia materna es imprescindible para la formación del vínculo de la díada madre-hijo afectando de forma directa el bienestar físico y mental de la madre.

## En suma

En nuestro país contamos con diversas políticas públicas con el fin de garantizar la salud en la comunidad, especialmente en el caso de mujeres y niños. Las condiciones en que transcurre tanto un embarazo como la crianza son de gran importancia para el Estado, por ello se implementaron una serie de leyes y decretos con el fin de brindar la mejor atención posible y respaldar los derechos que tienen.

En el caso de las gestantes, con el objetivo de brindar toda la información necesaria sobre el embarazo, parto, puerperio, crianza y salud sexual, las instituciones de salud tanto públicas como privadas brindan talleres y clases de preparación para el nacimiento. El Estado implementa por su parte programas de accesibilidad al

sistema de salud incentivando el acercamiento al mismo con la finalidad de promover y proteger la salud sexual y reproductiva de la comunidad, bienestar de los niños y niñas, entre otras cosas. Éste es el caso del Plan Aduanas, Uruguay Crece Contigo, el programa de Salud Sexual y Reproductiva (anteriormente llamado Programa de Atención Integral a la Mujer).

Por otro lado, existen también los grupos de apoyo no estatales guiados por profesionales de la salud o idóneos en el área, fomentados por redes sociales y que tienen como finalidad los mismos objetivos que los grupos estatales: brindar información, apoyo y contención a la mujer y su familia dándole herramientas para saber elegir qué es lo mejor y poder lidiar con distintas situaciones que se puedan presentar.

Siguiendo esta misma línea, con el objetivo de mantener el vínculo de la díada madre-bebé y fomentar el buen crecimiento y desarrollo del bebé en base a la lactancia materna, se implementa la ley que ampara a la madre para poder dar de mamar dentro del horario laboral sin ver perjudicado su salario. Esto se lleva a cabo en un espacio específico y para ello es necesario que cumpla con ciertas reglas y necesidades básicas como ser higiénico, accesible, seguro y donde se pueda almacenar y conservar la leche en caso de que se extraiga la misma. Esta ley rige para cualquier institución donde estén presentes mínimo 20 mujeres o 50 funcionarios en total.

Como hemos mencionado anteriormente, todo lo que fomente a generar y mantener el vínculo de la díada madre-bebé es importante promover. Por eso la relevancia de informar sobre las distintas leyes que amparan a la mujer y a su pareja tanto en el proceso de embarazo como en el puerperio incluyendo la licencia por maternidad. Además,, el integrar grupos de preparación para el nacimiento y en el caso de la lactancia, poder dar de mamar en en entorno laboral.

La lactancia puede ser un factor protector para la salud mental materna, con la liberación de oxitocina y el sentimiento de poder brindar a su bebé lo que necesita en ese momento, sin embargo en las situaciones donde no se pueda llevar a cabo o presente dificultades, puede ser considerada un factor de riesgo para desarrollar alteraciones en la salud mental materna como es el caso de la depresión posparto. En el caso de los grupos de apoyo, la importancia radica en brindar un espacio

seguro para que toda aquella gestante o puérpera que se acerque encuentre un lugar donde poder intercambiar vivencias, aprender a manejar las distintas situaciones que se pueden presentar y sentir que así como ella, hay muchas otras atravesando su misma situación.

## Reflexiones finales

Con el fin de mejorar la atención integral a las gestantes y puérperas resaltando la importancia de la valoración de la salud mental por Obstetras Parteras, específicamente en Primer Nivel de Atención, este trabajo trató de exponer por qué es tan importante y necesario valorar el bienestar psicoemocional de la misma forma que los aspectos biológicos.

Esta idea se fundamenta con el objetivo de recaudar todos los elementos que orienten a posible riesgo de salud mental en puérperas para lograr identificar a tiempo y poder derivar de forma oportuna a profesionales de la salud mental haciendo hincapié en el trabajo de un equipo de salud interdisciplinario.

En primer lugar, son varios los procesos de reforma en el sector de salud que se han llevado a cabo en América Latina, sin embargo fue a partir de la Declaración de ALMA-ATA en el año 1978 que se plantea reorientar recursos y fortalecer la Atención Primaria en Salud, organizándose en niveles de atención. Es así como en Uruguay se plantea en el año 2005 la Reforma del Sistema de Salud que consistía en organizar los recursos del Sistema de Atención a la Salud en cuatro niveles. Es aquí donde aflora la importancia del Primer Nivel de Atención ya que es en éste donde se tratan de resolver las principales necesidades básicas de una población.

La Obstetra Partera cumple un papel esencial dentro del Primer Nivel de Atención ya que está capacitada para participar en la planificación familiar, captación y control de embarazos, preparación para el nacimiento y control puerperal. Dentro del perfil de capacidades de las mismas se incluye promover la salud en mujeres, prevenir

patologías y diagnosticarlas por lo que saber cuales son los elementos que orienten a la detección de psicopatologías es de especial importancia, así como valorar a la mujer desde una perspectiva integral.

Con respecto a la salud mental, es uno de los factores que influye en la salud general del individuo por ser reconocido como biopsicosocial, por lo que cualquier alteración en el bienestar psicológico del individuo, afecta su salud.

Siguiendo esta misma línea, para implementar el bienestar de todos los habitantes de nuestro país, la Ley 19.529 es la encargada de expresar el derecho a la protección de la salud mental por lo que el Estado se encarga de proteger el bienestar mental de cada individuo con distintos programas y servicios capaces de promover y proteger la misma..

Otro punto a destacar es el hecho de que a nivel mundial, según la OMS, el 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de puérperas experimentarán algún tipo de trastorno mental. Dicho esto y recordando que el Primer Nivel de atención es considerado como la puerta de acceso de la comunidad para ingresar al Sistema de Atención a la Salud, es esperable que todo profesional de la salud atienda el bienestar integral de cada usuario. En el caso de las mujeres gestantes y puérperas, se debería evaluar siempre el bienestar psicosocial además del biológico por parte de los profesionales de la salud que las atienden, así como plantea el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG por su sigla en inglés).

Por otro lado, el puerperio es una de las etapas más vulnerables en la vida de la mujer y donde se experimenta una presión social por estar bien y feliz todo el tiempo con la llegada del bebé. Es también la etapa de vida de la mujer donde es más propensa a sufrir algún tipo de alteración de su salud mental. Muchas veces los sentimientos y emociones contradictorios son opacados y olvidados haciendo con que las mujeres no se expresen y terminan oprimiendo todo lo que sienten. Esta imagen de la maternidad perfecta se repercute entre redes, televisión, películas, series, internet en general, donde cada vez se ve menos la cruda realidad del puerperio. Son pocos o casi nulos los lugares donde la imagen de una puérpera es plasmada con una mujer que sangra, que gotea leche, con cicatrices, dolores, sueño, cansancio y malestar, con poco o nada de tiempo para dedicarse a sí misma

y con una pequeña vida dependiente de ella. Que llora, y que llora a la par de su recién nacido. Porque son muchos los sentimientos, y porque a la vez siente la presión de que no deberían haber sentimientos negativos, sino de puro placer y realización hacia esa maternidad que pudo ser deseada y planificada o no.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es que se hace tan poco común el hablar de las psicopatologías del puerperio, de que las emociones que siente pueden necesitar de ayuda de un profesional y que es perfectamente normal lo que le está pasando.

Entre las alteraciones más comunes se encuentran el Baby Blues con una prevalencia del 50 al 80% pudiendo durar horas o días y se resuelve de forma espontánea. Se caracteriza por la presencia de labilidad emocional (causada por los cambios hormonales típicos del puerperio), ánimo deprimido, llanto inexplicable, fatiga, ansiedad o dificultad para dormir (también esperable por la etapa de la maternidad que se está transitando).

La Depresión Posparto por su parte tiene una prevalencia del 10 al 15% a nivel mundial y es causada por diversos factores que son categorizados dentro de factores biológicos, obstétricos, psicosociales, pediátricos y sociodemográficos. Los síntomas se comparan con los de Baby Blues a diferencia que son más intensos, duran más de dos semanas y puede aparecer a la vez preocupación obsesiva por el bebé o por el otro lado, falta de interés hacia él expresado en no querer atenderlo. Es necesario valorar la gravedad de la situación para lograr un buen tratamiento y una pronta recuperación, pudiendo ser este con acompañamiento psicológico y/o el uso de fármacos.

Pese a la considerable prevalencia que tiene la DPP, llama la atención lo poco común que es mencionar sobre el screening recomendado para realizar a todas las púerperas, pudiendo inclusive realizarse durante la gestación.

Siguiendo ésta misma línea, existe una vasta información sobre la Escala de Edimburgo utilizada para detectar a las mujeres que posiblemente estén transitando una DPP o que presenten factores de riesgo para desarrollarla. La misma presenta alta especificidad y sensibilidad, puede ser autoadministrada y realizarla no toma más de 5 minutos. Por estas características, se hace fácil adaptarla a las consultas de rutina tanto en controles prenatales como en el puerperio pudiendo inclusive realizarse en salas de espera con el fin de promover la salud mental de las mujeres mejorando su calidad de vida y la de su bebé haciendo valer sus derechos

protegiendo su bienestar de forma integral.

Concerniente a la Psicosis Puerperal es la menos común de todas, afectando 1-3/1000 mujeres, presenta comienzo temprano y aparición repentina. Los síntomas comienzan en las dos primeras semanas posparto y se caracterizan por la desconfianza, aislamiento, desorganización y disociación de su propio yo, entre otros. Entre los factores de riesgo para padecerlo, el parto es el principal, lo sigue la presencia de antecedentes personales y/o familiares de psicosis puerperal, esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico. Sin embargo, la mayoría de las mujeres afectadas no presentan ningún antecedente.

Ésta psicopatología es la menos hablada y a su vez la más grave, ya que en los casos extremos existe el riesgo de infanticidio y suicidio. Mucho del silencio de ésta psicopatología radica en la estigmatización de la sociedad, el juzgar a la madre y su propio miedo de perder al bebé o que se lo saquen. A partir del momento en que se identifique una usuaria en ésta situación, es de suma importancia informar, derivar y que comience a tener acompañamiento constante. El tratamiento generalmente es farmacológico y puede durar desde semanas hasta meses para recuperarse completamente.

Este trabajo logra recaudar los principales elementos de cada una de éstas psicopatologías para poder identificar los principales factores de riesgo y sintomatología con la finalidad de una derivación oportuna al profesional de salud mental correspondiente.

En nuestro país contamos con distintos programas estatales para seguir el acompañamiento de cerca de muchas puérperas e incluso corroborar que concurren a las consultas puerperales, facilitando aún más el proceso de identificación de las mujeres con factores de riesgo ya que por ejemplo en el caso de Plan Aduana, el acercamiento al hogar permite ver la realidad socioeconómica de la familiar, generar vínculo y ahondar en los aspectos psicosociales de la mujer. Además, los grupos de preparación para el nacimiento brindados por el Sistema de Salud funcionan como factores protectores de la salud mental materna por generar una red de apoyo y de intercambio de experiencias y vivencias aprendiendo así a manejar las distintas situaciones que le toque vivir.

Otro aspecto importante para la mujer que puede generar repercusión es la posibilidad o no de dar de mamar, es un gran generador de ansiedad en las puérperas además de ser una vivencia que motiva la formación del vínculo entre la díada mamá-bebé. Como forma de motivar la alimentación materna y para proteger la salud mental de la madre, las salas de lactancia en las instituciones facilitan la vivencia amena de éste proceso.

Para finalizar, destaco la fuerza y valentía de todas las mujeres que han atravesado el puerperio y que seguramente no haya sido nada perfecto como los que vemos en redes sociales. Admiro la resiliencia para atravesar esta etapa entre alegrías, baby blues, depresión, llanto y dolor. Porque sí, la maternidad es felicidad, es amor y sonrisas, pero está bien que no siempre sea así y es esperable que tenga otra cara, una agridulce muy poco hablada, estigmatizada y juzgada. Es importante hacerla visible y darle la relevancia que se merece para que cada vez más mujeres se sientan cómodas sintiendo cómo se sienten, porque no están solas y siempre habrá una Obstetra Partera para acompañarlas y poder hablar de cómo se sienten.

## Referencias Bibliográficas

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (2019). *Buenas prácticas de atención en las maternidades de ASSE*. Montevideo. Recuperado el 13/04/2021 desde:

<http://www.asse.com.uy/contenido/Catalogo-Buenas-Practicas-de-Atencion-en-las-Maternidades-de-ASSE-11512>

Alkolombre, P. (2011). *Travesías del cuerpo femenino: un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Letra Viva.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018). *Screening for Perinatal Depression*. Committee Opinion N°.757. Washington DC. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression>

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Andrés, S., García, L., Roca, A., Torres, A. (2019). *Depresión Posparto*. Clinic Barcelona: Hospital Universitari. Recuperado el 17/01/2022 desde: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>

ASSE (2014). Manual de Procedimientos del Programa Aduana: Reperfilamiento del Programa Aduana. Montevideo: ASSE. Área niñez y adolescencia. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?8431,50137>

Benia, W., Reyes I. (2008). *Temas de salud pública, tomo 1 y 2*. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, Uruguay: Oficina del libro.

Bergink, V., Laursen, T., Johannsen, B., Kushner, S., Meltzer-Brody, S., Munk-Olsen, T. (2015). *Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: a Danish population-based cohort study*. *Psychological medicine*, 45(16), 3481–3489. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001385>

Brik, M., Sandonis, M., Fernández, S., Suy, A., Parramon-Puig, G., Maiz, N., Dip, M., Ramos, J., Carreras, E. (2021). *Impacto psicológico y apoyo social en mujeres embarazadas durante el confinamiento por la pandemia de SARS-CoV2: un estudio de cohortes*. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* , 100 (6), 1026–1033. <https://doi.org/10.1111/aogs.14073>

Calvo, J.(coord.). (2015). *Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011*. Libro. Montevideo : UR. FCS-UM. Programa de Población : Trilce. ISBN: 9789974326453. Disponible en:

<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Sociodemogr%C3%A1fico+Fasc%C3%ADculo+6%2C+Las+transformaciones+de+los+hogares+uruguayos+vistas+a+trav%C3%A9s+de+los+censos+de+1996+y+2011/754f7200-7e29-4ac0-8e9a-f1498ec56325>

Caparros, R., Romero-Gonzalez, B., Peralta, M. (2018). *Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]*. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:97 doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1(1), 1-19.

Casares, E. (2008). *La función de la mujer en la familia. Principales enfoques teóricos*. Universidad Pública de Navarra. *Revista de ciencias sociales*. ISSN 1696-7348. Disponible en:

<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ecasares.pdf>

Castrillo, B. (2016). Dime quien lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 24, 43-68. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

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. Disponible en: <http://meses.com.uy/admin/documents/46>

Defey, D. (1994). *Mujer y maternidad: Aportes a su abordaje desde la Psicología Médica*. Tomo I. Montevideo: Roca Viva.

Defey, D. (1995). *Mujer y maternidad*. Tomo III. Montevideo: Roca Viva

Defey, D. (1996). *Los bebés y sus padres en situaciones difíciles. Mujer y maternidad*. Tomo IV. Montevideo: Roca Viva.

Di Florio, A., Cuarenta, L., Gordon-Smith, K., Garza, J., Jones, L., Craddock, N., Jones, I. (2013). *Perinatal Episodes Across the Mood Disorder Spectrum*. *JAMA Psychiatry*. 70(2):168–175. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2013.279](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.279)

Di Florio, A., Jones, L., Forty, L., Gordon-Smith, K., Blackmore, E., Heron, J., Craddock, N., Jones, I. (2014). *Mood disorders and parity - a clue to the aetiology of the postpartum trigger*. *Journal of affective disorders*, 152-154(100), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.034>

Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Universidad de la República. (s.f.). Perfil y Competencias de la/del Obstetra - Partera/o. Recuperado el 07/05/2021 desde: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. Tesis de maestría, Universidad de la República

(Uruguay). Facultad de Psicología. Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>

Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG). (2018). *Hemorragia postparto. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?*. Disponible en:

<https://www.flasog.org/static/libros/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>

Feligreras, D., Frías, A., Del Pino, R. (2020). *Recursos personales y familiares relacionados con síntomas depresivos y de ansiedad en mujeres durante el puerperio*. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública , 17 (14), 5230. MDPI AG. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145230>

Fescina, R., De Mucio, B., Martínez, G., Serruya, S., Durán, P. (2011). *Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. (Tercera edición). Publicación científica N° 1577. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología.

Furtado, L. (2016). *La dolorosa pérdida de una ilusión*. (Trabajo Final de Grado Lic. Psicología). Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8000/1/Furtado%2c%20Laura.pdf>

Galería (2020). *El embarazo y el puerperio en tiempos de pandemia*. Los miedos y dilemas propios del embarazo y el puerperio se acentúan en un escenario tan incierto como el actual. Revista Galería (2020). Montevideo Portal. Recuperado el 12/01/2022 desde:

<https://galeria.montevideo.com.uy/Revista-Galeria/El-embarazo-y-el-puterperio-en-tiempos-de-pandemia-uc755475>

Gaskin, I. M. (2007). *Partería Espiritual: la naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia*. (1° edición). Buenos Aires: Mujer Sabia Editoras.

González, M., González, M., Pisano, C., Casale, R. (2019). *El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?*. Un Estudio Transversal Analítico. *FASGO*, 1. Disponible en:

<http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>

Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud, N., Sutter, A. (2017). *Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses*. *J Psychiatr Res*. 2017 Jan;84:284-291. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.009>

Gutman, L. (2004). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. (1ª edición). Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

Intendencia Municipal de Montevideo (2014). *Programa de Atención Integral a la Mujer*. Montevideo. Recuperado el 02/02/2022, disponible en: <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/salud/policlinicas/programa-de-atencion-integral-a-la-mujer-paim>

Lewis, K., Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Perry, A., Craddock, N., Jones, L., Jones, I. (2018). *Mania triggered by sleep loss and risk of postpartum psychosis in women with bipolar disorder*. *J Affect Disord*. 1;225:624-629.

[doi: 10.1016/j.jad.2017.08.054](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.054)

Mbarak, B., Kilewo, C., Kuganda, S., Sunguya, B. (2019). *Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania; a call for integrative intervention*. *BMC Embarazo Parto* 19, 270. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2395-3>

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2006). *Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 660-669.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x>

Mederos, S., Raffo, V., Baroffio, A. (2021). *Ley Federica*. Ferrere. Disponible en: <https://www.ferrere.com/es/novedades/ley-n0-20-000-ley-federica/#:~:text=Esta%20Ley%20contiene%20nuevas%20disposiciones,%2C%20m%C3%BAltiples%2C%20o%20con%20complicaciones.>

Medina, E. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto*. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. Recuperado el 17 de enero de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es).

Medina, G. (2010). "Violencia obstétrica". *Cap 4 en Informe de "Omisión y diferencia. Derechos Reproductivos en México"*. Grupo de información en reproducción elegida (GIRE). Recuperado el 24/12/2021 desde <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>

Ministerio de Desarrollo Social (2019a). *Licencias por maternidad, paternidad, adopción y cuidados en la actividad pública y privada*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/comunicados/licencias-maternidad-paternidad-adopcion-cuidados-actividad-publica>

Ministerio de Desarrollo Social (2019b). *Reglamentación de Ley de Salas de Lactancia Materna*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/noticias/reglamentacion-ley-salas-lactancia-materna>

Ministerio de Salud Pública (2009). *Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial N°217/09*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2009/05/2009-Lactancia-Materna1.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual*

*para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.*

Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional.* Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-sobre-practicas-actitudes-asistencia-del-embarazo>

Ministerio de Salud Pública (2019). *Objetivos sanitarios nacionales 2020.* Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Disponible en:

<https://www.anii.org.uy/upcms/files/llamados/documentos/objetivos-sanitarios-nacionales-2020-7-.pdf>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2008). *Maternidad.* Montevideo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/institucional/derecho-laboral-uruguayo/maternidad>

Muñoz, F., Portillo, M., Rodríguez, A. (2001). *Tiroiditis postparto.* *Medifam*, 11(9), 96-98. Recuperado en 20 de enero de 2022, desde:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000900009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900009)

National Institute of Mental Health. *Depresión perinatal.* *Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.* Institutos Nacionales de Salud.

Publicación de NIH Núm. 20-MH-8116S. Disponible en:

[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal#part\\_6617](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal#part_6617)

Ocampo, M. (2013). *El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados.* *Aquichan*, 13(1), 69-80. ISSN: 1657-5997. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128687008>

Odent, M. (2007). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad: textos*

escogidos de Michel Odent. Editorial Obstare.

Olza, I., Lebrero, E. (2005). *¿Nacer por cesárea?*. Ediciones Granica.

Olza, I. (2007). *El Síndrome del Estrés Postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>

Organización Internacional de Trabajo (OIT). *Uruguay, protección de la maternidad*.

Disponible en: [https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.listResults?](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.listResults?p_lang=es&p_country=URY&p_count=600&p_classification=16&p_classcount=12)

[p\\_lang=es&p\\_country=URY&p\\_count=600&p\\_classification=16&p\\_classcount=12](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.listResults?p_lang=es&p_country=URY&p_count=600&p_classification=16&p_classcount=12)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de ALMA-ATA, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. , Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=A437A2816B0724D3224B33B93D53A1C6?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (1992) *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Disponible en:

[https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html#search=F53&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1642887889813&indiceAlfabetico=depresion&listaTabular=F53&expand=0&clasificacion=&version=](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=F53&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1642887889813&indiceAlfabetico=depresion&listaTabular=F53&expand=0&clasificacion=&version=)

Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado el 4/05/2021 desde <https://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud (2004a). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Recuperado el 13/3/2021 desde

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2004b). *Método Madre Canguro. Guía práctica*. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en:

[https://www.who.int/whr/2008/08\\_chap4\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2013). *Postnatal care of the mother and new born*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el: 25/05/2020 desde:

[WHO | WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn](#)

Organización Mundial de la Salud (2015). *Pensamiento saludable: Manual para la atención de la depresión perinatal*. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>

Organización Mundial de la Salud. *Salud mental materna*. Recuperado el 16/03/2021 desde <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/>

[Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](#)

Organización Panamericana de la Salud. (2010) *Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido*. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS; Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/280295992\\_Salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\\_guias\\_para\\_el\\_continuo\\_de\\_atencion\\_de\\_la\\_mujer\\_y\\_el\\_recien\\_nacido\\_focalizadas\\_en\\_APS\\_guia\\_para\\_la\\_practica\\_basica](https://www.researchgate.net/publication/280295992_Salud_sexual_y_reproductiva_guias_para_el_continuo_de_atencion_de_la_mujer_y_el_recien_nacido_focalizadas_en_APS_guia_para_la_practica_basica)

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Disponible en:

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención no especializada*. Disponible en:

<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

Organización Panamericana de la Salud. (2019) *Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido*. Cuarta edición. Washington, D.C.: OPS;

Osborne, L. (2018). *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers*. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(3), 455–468. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.005>

Parasi, C. (2020). *Una revisión de Salud Mental materna en tiempos de COVID-19*. *Revista Científica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*. 13(2):56-61 DOI: <https://doi.org/10.20453/rph.v13i2.3903>

Ramírez, E. (2020). *Psicología del Posparto*. Madrid: Síntesis.

Ramírez, F., Cruz, P., Gómez, D. (2013). *Revisión bibliográfica sobre la depresión posparto en madres adolescentes*. México. Disponible en:

[http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7\\_REVISION.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf)

Rowlands, I., Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 12, 138

Royal College of Psychiatrists. (2018) *Postpartum psychosis*. Royal College of

*Psychiatrists*. Recuperado el 23/01/2022, disponible en:

<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/postpartum-psychois>

Schwarcz, R., Fescina, R., Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. (6° edición). Buenos Aires: El Ateneo.

Slegel, A. (2019). *Post-traumatic stress disorder as a result of childbirth*. Psychology Today. Disponible en:

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/traumatized/201912/post-traumatic-stress-disorder-result-childbirth>

Soifer, R. (1987). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. (5° edición). Buenos Aires: Kargieman.

Tabarez, Y. (2016) *Abrazar la muerte cuando se espera la vida. Pérdida gestacional recurrente*. (Trabajo Final de Grado Lic. Psicología). Disponible en

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10097/1/Tabarez%2c%20Yessica.pdf>

Takubo, Y., Tsujino, N., Aikawa, Y., Fukiya, K., Iwai, M., Uchino, T., Ito, M., Akiba, Y., Mizuno, M., Nemoto, T. (2021). *Psychological impacts of the COVID-19 pandemic on one-month postpartum mothers in a metropolitan area of Japan*. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 845. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04331-1>

Uruguay Crece Contigo. (s.f.). *¿Qué es Uruguay Crece Contigo?*. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/uruguay-crece-contigo-ucc>

Uruguay, Poder Legislativo (1990) Ley N° 16.104 sobre Regulación de Licencias de los Funcionarios Públicos. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16104-1990>

Uruguay, Poder Legislativo (1999) Ley N° 17.215 sobre Trabajadoras en Estado de Gravidéz o en Período de Lactancia. Derecho a Obtener un Cambio Temporario de

las Actividades. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17215-1999>

Uruguay, Poder Legislativo (2007) Ley N° 18.211 sobre Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay, Poder Legislativo (2008) Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay, Poder Legislativo (2013) Ley N° 19.161 sobre Modificación del Subsidio por Maternidad y Fijación de Subsidio por Paternidad y Subsidio para Cuidado del Recién Nacido. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>

Uruguay, Poder Legislativo (2017) Ley N°19.530 sobre Aprobación de la Instalación de Salas de Lactancia Materna. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19530-2017>

Uruguay, Poder Legislativo (2018) Decreto N° 234/018 sobre Reglamentación de la Ley 19.530, Relativa a la Instalación de las Salas de Lactancia Materna. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/234-2018>

Uruguay, Poder Legislativo (2018) Ley N° 19.529 sobre Salud Mental. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay, Poder Legislativo (2021) Ley N° 20.000 (Ley Federica) Se otorga subsidio por maternidad y paternidad a los trabajadores de la actividad privada. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2021/leyes/11/mtss\\_247.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2021/leyes/11/mtss_247.pdf)

Videla, M. (1997). *Maternidad: mito y realidad*. (2° edición). Buenos Aires: Nueva Visión.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11.

Zivoder, I., Martic, S., Veronek, J., Ursulin, N., Sajko, M., Paukovic, M. (2019). *Mental disorders/difficulties in the postpartum period*. Psychiatr Danub. Sep;31(Suppl 3):338-344. PMID: 31488750. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488750/>

---

## **PÁGINA DE APROBACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

### **Título**

Alteraciones psicológicas en el puerperio: elementos que orienten a la Obstetra Partera em en el Primer Nivel de Atención para una derivación oportuna

**Modalidad:** Monografía X

Protocolo de Investigación

### **Autoras**

Valentina Mello de Souza

### **Tutora**

Prof.Adj.Mag. Carolina Farías

### **Co Tutora**

Prof.Mag.Eliana Martínez

### **Carrera**

Obstetra Partera/o

### **Calificación**

NOTA 11

**Tribunal**



Prof.Adj.Mag.Carolina Farías



Prof.Adj. Andrea Akar



Asist.Obst.Part. Carina Da Costa

**Fecha**

24/06/2022