

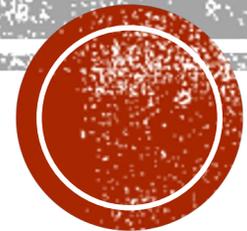


Escuela de Obstetricia

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

## Curso Obstetricia Fisiológica II - 2022

# Salud Mental Perinatal Puerperio.



Marisa Villagrán B  
Matrona/ Psicóloga  
Prof. Asist. U de Chile

# PUERPERIO:

- \* Periodo que comprende desde:
  - el final del parto hasta
  - la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.
- \* Su duración se estima en seis semanas o hasta la aparición de la primera menstruación.



# EN ESTE PERIODO EN LA DIADA HAY:

- a) Cambios físicos (procesos evolutivos, curativos, involutivos) y cambios psico-emocionales en la madre.
- b) Inicio de las funciones maternas.
- c) Inicio de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
- d) Modulación del neurodesarrollo del RN.
- e) Inicio del desarrollo de patrones vinculares.
- f) Exigencias de adaptación y reorganización familiar.



# NACIMIENTO:

- “El nacimiento es un momento determinante para la vida de todo ser humano y tanto el período previo como el inmediatamente posterior son decisivos para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre, el padre y la familia”.
- Es importante la activación de Redes sociales.
  - MINSAL Chile 2008
- Primera experiencia de pérdida del bebé: pierde el cuerpo de mamá y la satisfacción instantánea de sus necesidades.
- La madre debe estar disponible física y emocionalmente para interpretar y satisfacer los requerimiento de su hijo/hija. **IMPORTANCIA** del alojamiento conjunto.





# ELEMENTOS PSICOLÓGICOS DEL PUERPERIO

Encuentro con el “bebé real”.

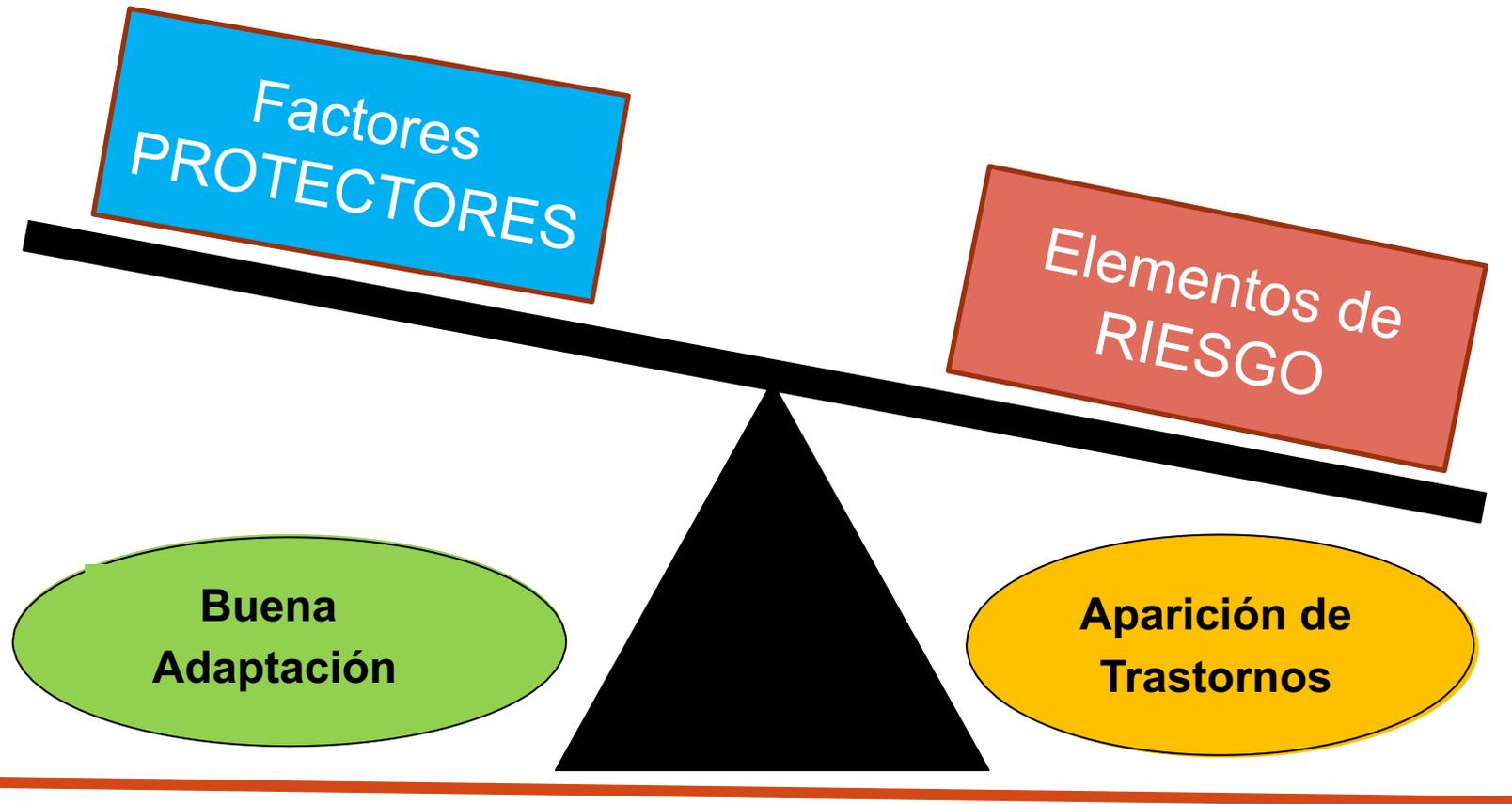
Evalúa de la experiencia vivida en el parto.

Se ponen a prueba las competencias parentales (cuidado físico, emocional, socialización).

Vínculo – Estilo de crianza → SM en la vida adulta.



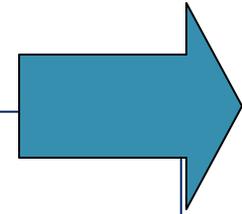
# BIOPSICOSOCIAL:



# FACTORES PROTECTORES.

## MUJERES CON:

- Mayor Resiliencia
- Alta autoestima
- Reconoce sus Talentos
- Apoyo de la pareja y otros significativos
- Experiencias previas de éxitos
- Orientación social
- Sentido del humor
- Capaz de Mentalizar
- Contar con redes de Apoyo



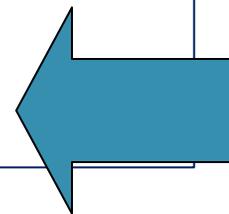
**MAYOR** posibilidad de lograr:  
**Regulación fisiológica, de estados de conciencia y emocional en el RN**



**Bebé de temperamento habitualmente mas FACIL**



**BUENA ADAPTACION  
APEGO SEGURO**



# FACTORES DE RIESGO:

Ansiedad Materna  
Acontecimientos Vitales Estresantes  
Antecedentes personales de Depresión (CPN)

Falta de apoyo social y de la pareja  
Violencia Doméstica  
Embarazo no deseado  
No vivir con la pareja

Temperamento difícil  
Fracasos repetidos  
Alteración salud física  
Necesidad especial del bebé

**MAYOR riesgo de tener bebé DIFICIL**

**Bebé “Programado” para dificultad en la regulación**

**INTERACCION DIFICIL**



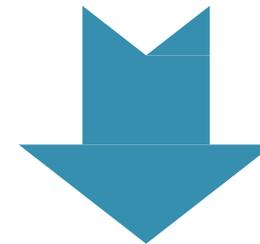
# CONSECUENCIAS:

**Psicopatología compleja:  
va más allá de la  
“depresión”.** (eqz.pbl)

**Pone en riesgo la conducta:  
maternal, matrimonial,  
ocupacional, social.**

**Crea disfunciones en la  
familia.**

Mayor riesgo  
psicosocial  
para la Relación  
Madre-Bebé



**Psicopatología  
Perinatal.**



# DISFORIA Y DEPRESION POSTPARTO



# DISFORIA:



**Son OSCILACIONES**

**importantes del estado ánimo:** irritabilidad, labilidad emocional, insomnio y ansiedad.

\* Aparece entre **48 a 72 horas después** del parto y dura de horas a días.

\* **Autolimitadas** (3 ó 4 sem. post parto).

Afecta al 50 a 75% de las puérperas.



# DISFORIA POST PARTO:

Los síntomas **no interfieren** con la función de la madre y no requieren tratamiento.

Se conocen como “post parto blues” y en rigor no es patológico.

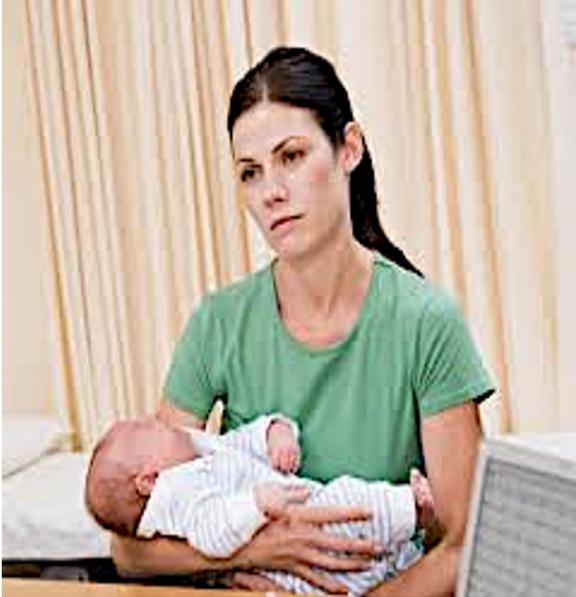
Su causa es la disminución brusca de los niveles de estrógenos y progesterona hasta los valores previos al embarazo.

Mayor importancia **elementos psicosociales**



# SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

Los síntomas persisten por al menos 2 semanas



1. Depresión del estado de ánimo.
2. Problemas de concentración
3. Anhedonia y pérdida de energía
4. Alteración del sueño: insomnio o hipersomnía
5. Irritabilidad, tendencia al llanto y la labilidad emotiva.
6. Cambios en el procesamiento psicomotor (retraso o agitación)
7. Sentimientos de culpa, insuficiencia e incapacidad
8. Pérdida del deseo sexual
9. Ideas intrusivas de muerte
10. Ideas obsesivas de cuidado o franco rechazo al niño.

**INTERFIERE la Sensibilidad materna.**



# DEPRESIÓN :

## Depresión post parto:

En países desarrollados, la prevalencia durante la gestación y el post parto fluctúa entre 6,5% a 12,9% .

En Chile la sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo, tiene una prevalencia de un 16,7% a un 35,2%.

A su vez, en el posparto, alrededor del 40,5% de las mujeres chilenas presenta síntomas de ansiedad o depresión.



# Escala de depresión post parto Edimburgo

En los últimos 7 días :

- 1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
- 2) He disfrutado mirar hacia delante
- 3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente
- 4) He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo
- 5) He sentido miedo o he estado asustada, sin tener motivo
- 6) Las cosas me ha estado abrumando
- 7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir
- 8) Me he sentido triste o desgraciada
- 9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando
- 10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño

No, nunca  
Casi nunca  
Sí, a veces  
Sí, con mucha frecuencia

0 - 1 - 2 - 3



# EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POST PARTO (DPP)



En Chile hubo **194.952 nacimientos en 2021.**(INE)

Si el 40% presenta **síntomas ansiosos y depresivos**  
→ **78.000** mujeres.

Si un 10 a 15% desarrollan una depresión propiamente tal  
**19.500 a 29.000** mujeres/diadas.

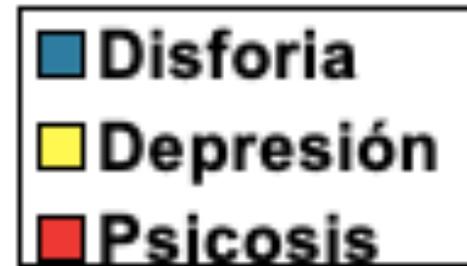
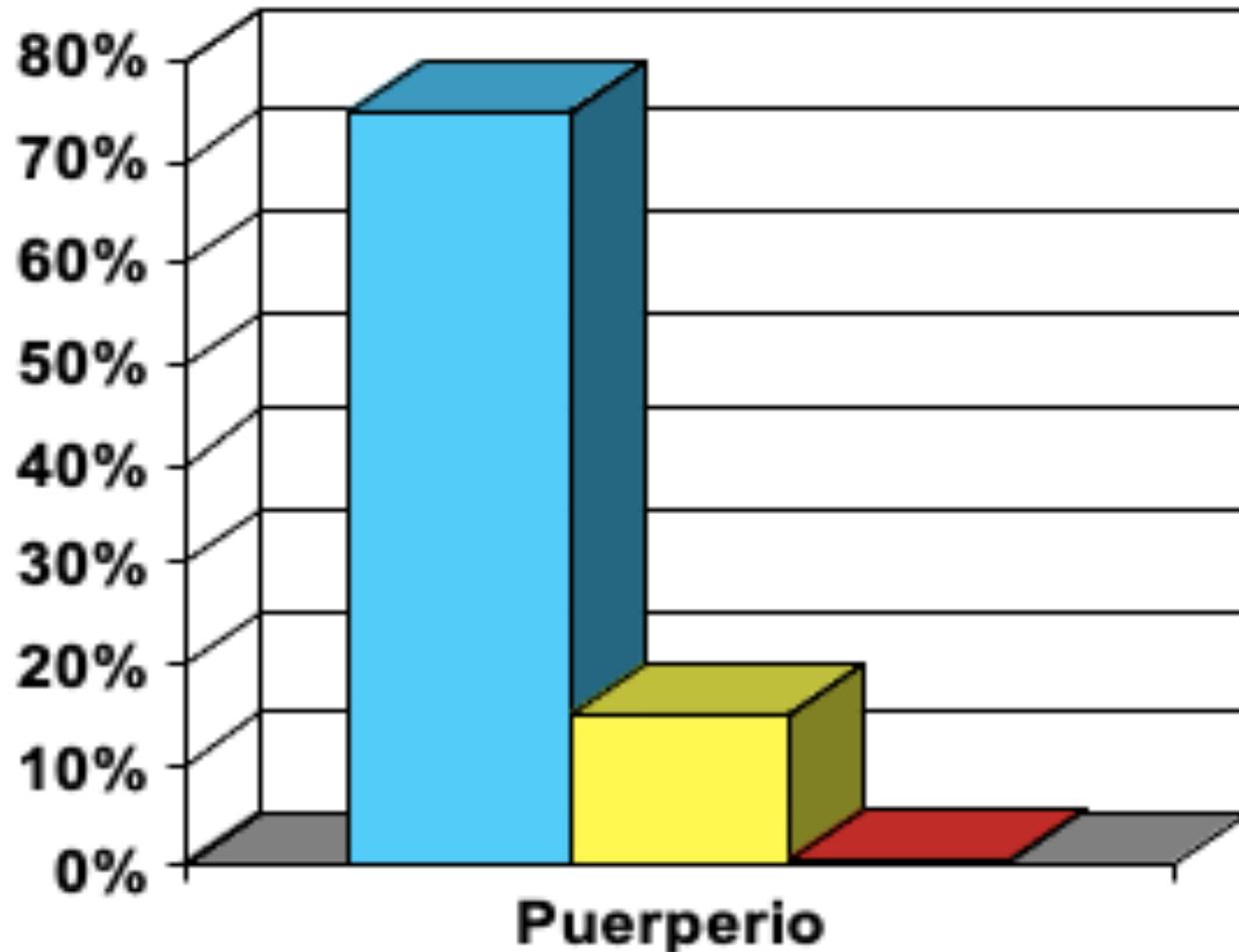
En Chile, estudios efectuados en la década pasada  
estimaron la prevalencia de DPP entre 20% y 40% en  
APS.

Prevalencia en el socioeconómico bajo (41,3%)  
en el nivel socioeconómico alto (27,7%)



# CUADROS CLÍNICOS

Según gravedad:



Las psicosis son los cuadros más graves, caracterizados por síntomas de agitación psicomotora, actividad psicótica, delirios y alucinaciones.



# ESTOS CUADROS NO SE DIAGNOSTICAN HABITUALMENTE, PORQUE:



1. Se piensa que son disforias y no depresiones.
2. Los profesionales de la salud se centran más en la salud física de la madre y del niño y suelen no estar suficientemente entrenados para detectar estos problemas.
3. Las mismas madres no consultan por temor a defraudar a los demás o porque piensan que lo que les sucede es algo normal o por vergüenza, sobre todo en las primíparas.



# IMPORTANTE CONSIDERAR:

- Ψ Existe un subgrupo que presenta depresión en el contexto de una **disfunción tiroidea** autoinmune.
- Ψ La recidiva es muy alta en el caso de las **psicosis**. Una mujer con un cuadro psicótico puerperal previo tiene un 90% de probabilidad de presentar nuevos episodios puerperales.



# LA TERAPIA SE ENFOCA EN:

- Psicoeducación:** consiste en explicarle a las madres que presentar estos síntomas no significa una derrota ni un fracaso.
- Activación de redes, incorporando al padre y familia.
- Psicoterapia, es el eje.
- Apoyo farmacológico
- Hospitalización.



# LOS ANTIDEPRESIVOS MÁS ESTUDIADOS EN LA DEPRESIÓN PUERPERAL SON :



ψ Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina y venlafaxina.

Sulpilan<sup>®</sup> – Aplacid<sup>®</sup> :

Cada cápsula contiene Sulpirida, 50 mg.

RAM: Galactorrea.

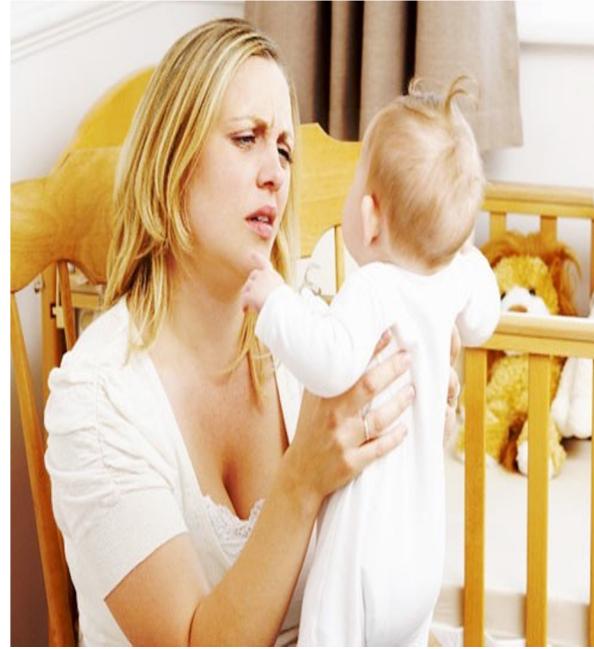
Mejor Galactogogo: Lactancia Materna

**CONTRAINDICADO: Carbonato de Litio**



# CONSIDERACIONES:

- a) Es poco probable que madre y bebé tengan otra oportunidad de estar como conjunto, bajo la tuición de un **equipo multiprofesional**.
- b) La formación de **vínculos seguros** es esencial, para el desarrollo de un bebé, como base de un adulto sano.



# ELEMENTOS INTERACTIVOS DE UN SISTEMA DIÁDICO.

CONDUCTAS MATERNALES

CONDUCTAS DE VINCULACIÓN  
DEL BEBÉ

Proceso de  
vinculación

**OBSERVABLE EN SIMULTANEIDAD**



LA OBSERVACIÓN Y ADECUADA  
LECTURA DE INTERACCIONES  
MADRE-RECIÉN NACIDO  
HA PERMITIDO **SOSPECHAR**  
RELACIONES DE RIESGO  
Y **ELABORAR UN**  
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN  
PARA USO RUTINARIO.



**PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL  
PAUTA DE EVALUACION RELACIONAL  
MADRES – RECIEN NACIDOS.  
(KIMELMAN 2007).**

**IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

**Nombre de la madre:**

**Edad:**

**Nombre del padre:**

**Edad:**

**Nombre del bebé:**

**Edad Gestacional:**

**Fecha de nacimiento:**

**Peso:           Talla:**

**Paridad:**

**Edad hermanos:**

**Género del bebé:**

**Teléfono:**

**Domicilio:**

**Consultorio:**

**Fecha de evaluación:**



## A. OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN MADRE – BEBÉ.

**Contacto físico:** (SI) (NO) TIPO Cariñoso (.) No Cariñoso (.)  
1. Ocurrencia

**Verbalizaciones:**  
1. Ocurrencia: (SI) (NO). TIPO Cariñoso (.) No Cariñoso (.)

**Contacto visual:**  
1. Ocurrencia: (SI) (NO). TIPO Cariñoso (.) No Cariñoso. (.)

## B. OBSERVACIÓN DE CÓMO LA MADRE SE OCUPA DEL BEBÉ AL:

### Competencia

1. Alimentarlo (SI) (NO)

2. Mudarlo (SI) (NO)

3. Calmarlo (SI) (NO)



### C. OBSERVACIÓN DE LA TOLERANCIA DE LA MADRE FRENTE AL LLANTO DEL BEBÉ:

Lo intenta calmar	Si ( )	No ( )
Se aleja	Si ( )	No ( )
Se irrita	Si ( )	No ( )

### D. ENTREVISTA A LA MADRE SOBRE EL GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DEL BEBÉ:

<input type="radio"/> Género	Si ( )	No ( )
<input type="radio"/> Aspecto físico	Si ( )	No ( )
<input type="radio"/> Conducta	Si ( )	No ( )
<input type="radio"/> Ha pensado que nombre ponerle	Si ( )	No ( )
<input type="radio"/> Ha pensado darle pecho	Si ( )	No ( )



### **E. DE LA OBSERVACIÓN REALIZADA:**

La interacción le parece: Armónica (        )        Disarmónica (        )

La tonalidad afectiva de la madre le parece:

                                 Placentera (        )        Displacentera (        )

### **F. CONCLUSIÓN: DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA RELACIÓN MADRE – RECIÉN NACIDO LE PARECE:**

Una diada de bajo riesgo (        )

Una diada de alto riesgo (        )

### **G. COMENTARIOS ADICIONALES Y PROPUESTA DE SEGUIMIENTO EN EL CONTROL DE NIÑO SANO:**



**PREGUNTAS ....**

**GRACIAS  
POR TU  
AYUDA ...**

