



Departamento Promoción de la
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

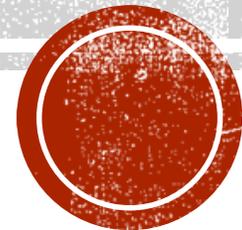
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Curso Obstetricia Fisiológica II - 2020

Salud Mental Perinatal Puerperio.



nvillagran2020



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 y 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





FINALMENTE, DESPUÉS DEL NACIMIENTO:

- Es la primera experiencia de pérdida del el bebé: pierde el cuerpo de mamá y la satisfacción instantánea de sus necesidades.
- La madre debe estar disponible emocional y físicamente para interpretar y satisfacer los requerimiento de su hijo/hija (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).

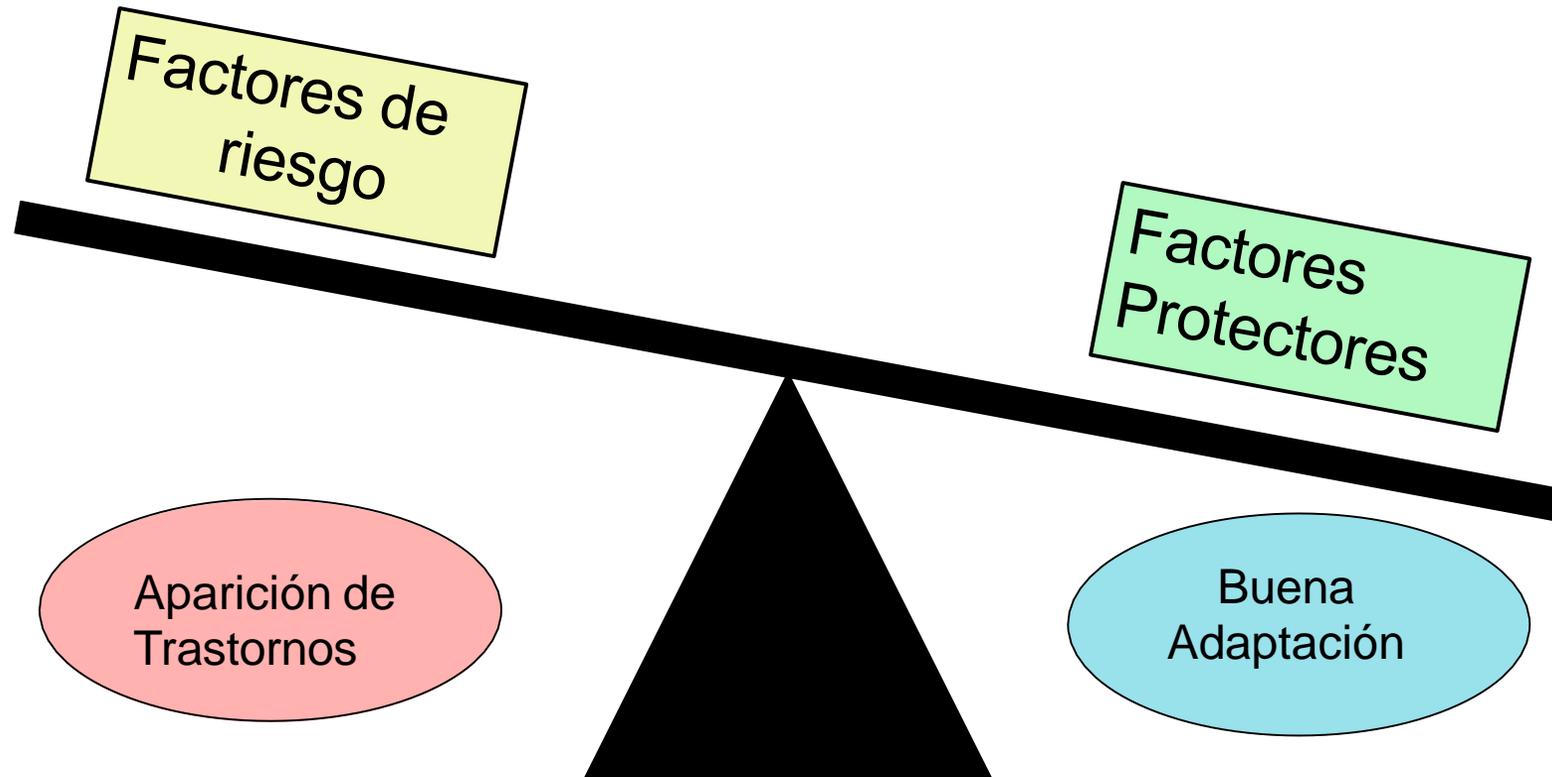


EN LO SOCIAL DEL PUERPERIO

- Nuevas funciones
- Protección Laboral
- Activación de Redes

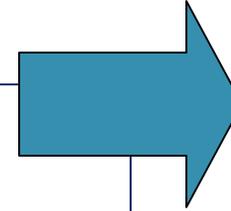


BIOPSIICOSOCIAL:



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



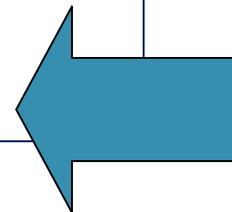
MAYOR posibilidad de lograr:
Regulación fisiológica, de estados de conciencia y emocional en el RN



Bebé de temperamento habitualmente mas FACIL



**BUENA ADAPTACION
APEGO SEGURO**



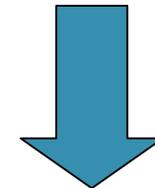
FACTORES DE RIESGO:

- Predisposición genética
- Temperamento difícil
- Aislamiento social
- fracasos repetidos
- Alteración salud física
- Sin compañero ni redes
- Interrupción del cuidado parental
- Antecedentes de negligencia y maltrato
- Necesidad especial del bebé

MAYOR riesgo de tener bebé DIFÍCIL



Bebé “Programado” para dificultad en la regulación



INTERACCION DIFÍCIL

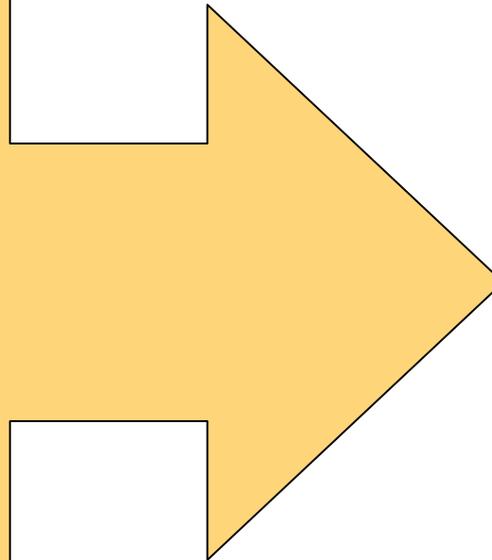


CONSECUENCIAS:

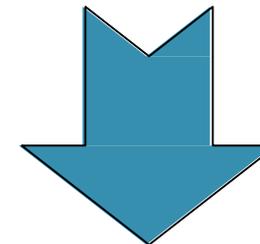
**Psicopatología compleja:
va más allá de la
“depresión”.** (eqz.pbl)

**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

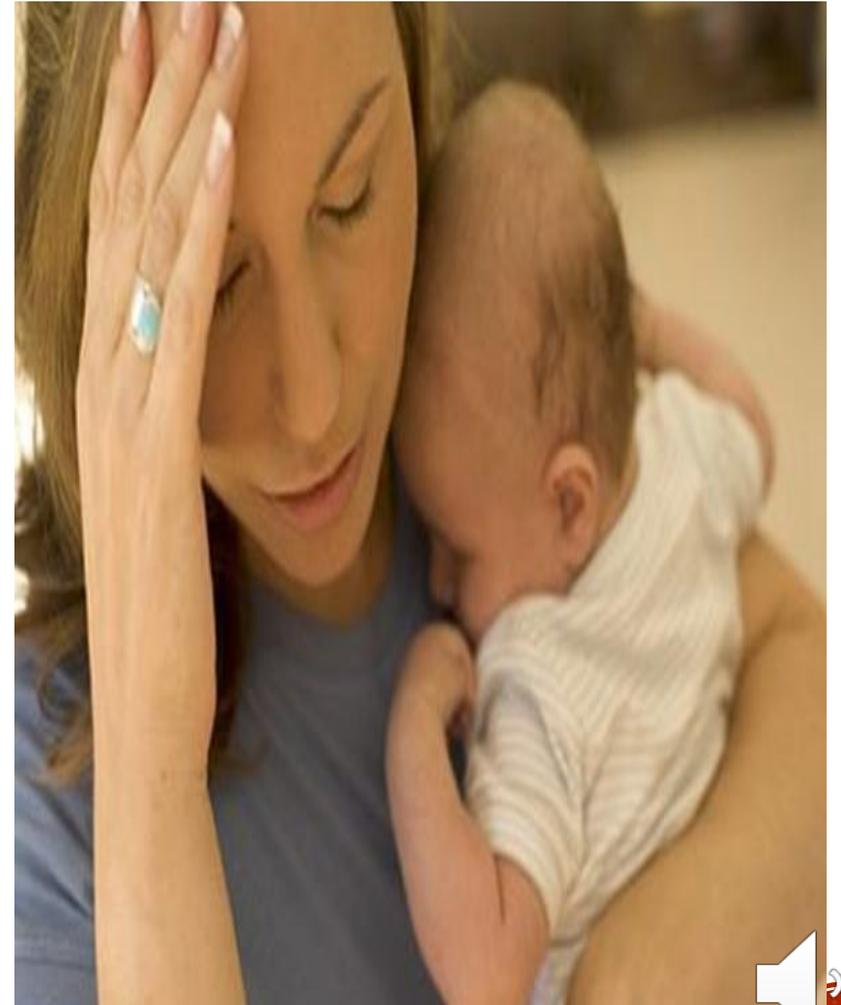
importantes del estado ánimo:
irritabilidad, labilidad emocional,
insomnio y ansiedad.

- Aparece entre **48 a 72 horas después** de dar a luz y duran de horas a días.
- **Autolimitadas** (3 ó 4 semanas 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.



DEPRESIÓN :

Se relacionan fluctuaciones de las hormonas gonadales y cambios en el estado de ánimo.

Mayor importancia **elementos psicosociales** como:

- antecedente depresivo, conflictos maritales,
 - eventos vitales, apoyo social insuficiente y
 - ambivalencia acerca del embarazo.
-
- **Por ejemplo:** En un estudio, de 14 mujeres que contemplaron la posibilidad del aborto durante la gestación, 13 presentaron depresión post parto.



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 (incluso en relación a la maternidad)
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.



EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POST PARTO (DPP)

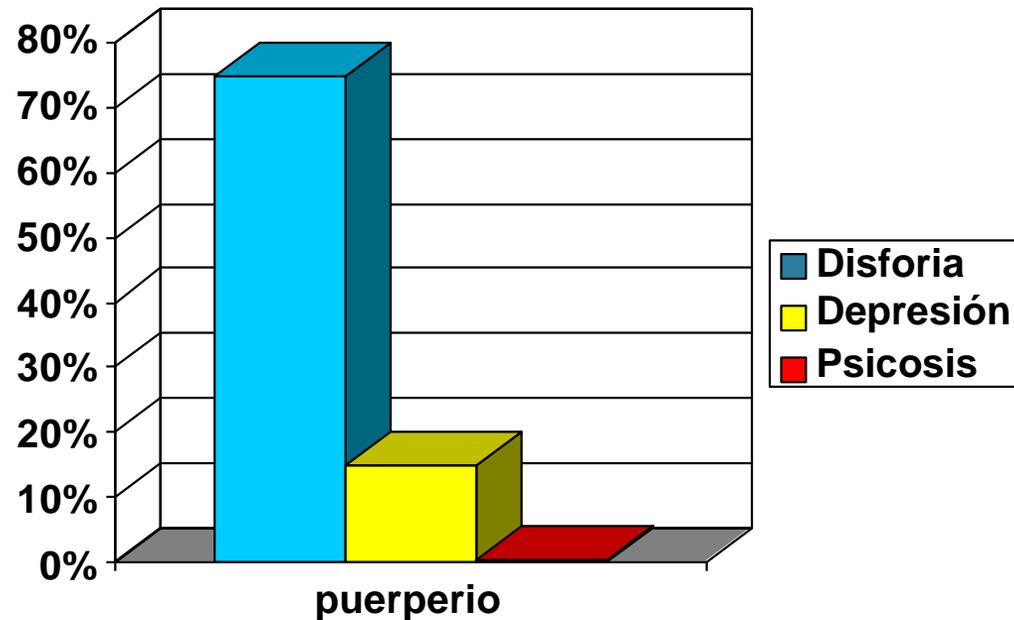


- ✓ En el país se produjeron aprox. 220.000 nacimientos en 2017.
- ✓ Si el 40% presenta síntomas ansiosos y depresivos → 88.000 mujeres.
- ✓ Si un 10 a 15% desarrollan una depresión propiamente tal → 22.000 a 33.000 mujeres/diadas.
- ✓ En Chile, estudios efectuados en la década pasada estimaron la prevalencia de DPP entre 20% y 40% en la APS.
- ✓ Prevalencia en el socioeconómico bajo (41,3%)
en el nivel socioeconómico alto (27,7%)



CUADROS CLÍNICOS

- Según grado de 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 ADEMÁS:

- Ψ Antecedentes depresivos familiares o personales, y mujeres con mayores problemas de adversidad están más expuestas a presentar estos cuadros.
- 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 ® – Aplacid ® :
Cada cápsula contiene Sulpirida, 50 mg.

• RAM: Galactorrea.

CONTRAINDICADO: Carbonato de Litio



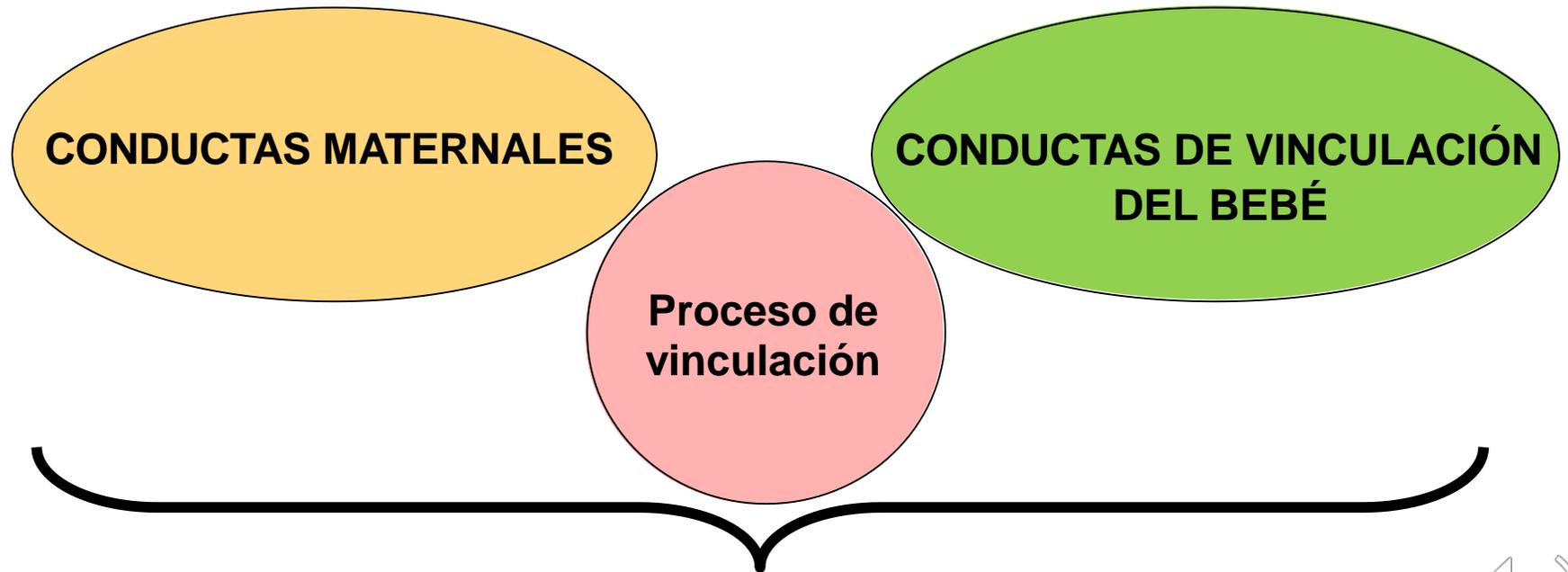
CONSIDERACIONES:

- 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 sano.



ELEMENTOS INTERACTIVOS DE UN SISTEMA DIÁDICO

La promoción de procesos de vinculación que se consoliden como vínculos del tipo seguro constituyen el eje de la salud mental perinatal.



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:

Nombre del padre:

Nombre del bebé:

Fecha de nacimiento:

Paridad:

Género del bebé:

Domicilio:

Profesional a cargo:

Fecha de evaluación:

Edad:

Edad:

Edad Gestacional:

Peso:

Talla:

Edad hermanos:

Teléfono:

Consultorio:



A. OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN MADRE – BEBÉ.

Contacto físico:

1. Ocurrencia: Sí () No () 2. Tipo: Cariñoso () No cariñoso ()

Verbalizaciones:

1. Ocurrencia: Sí () No () 2. Tipo: Cariñoso () No cariñoso ()

Contacto visual:

1. Ocurrencia: Sí () No () 2. Tipo: Cariñoso () No cariñoso ()

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

Competencia

Alimentarlo	Si ()	No ()
Mudarlo	Si ()	No ()
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 ()



E. 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:



GRACIAS POR TU AYUDA ...

