



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE OBSTETRICIA



# Aspectos Biopsicosociales de la atención del binomio madre/hijo en el puerperio.

Inst. Marisa Villagrán B.  
Matrona/Psicóloga  
Profesora Asistente U. de Chile  
Dic.2018.

# PUERPERIO:



Comprende desde el final del parto a la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

Su duración es aproximadamente de seis semanas (42 días) , o hasta la aparición de la primera menstruación.



## En este periodo la mujer

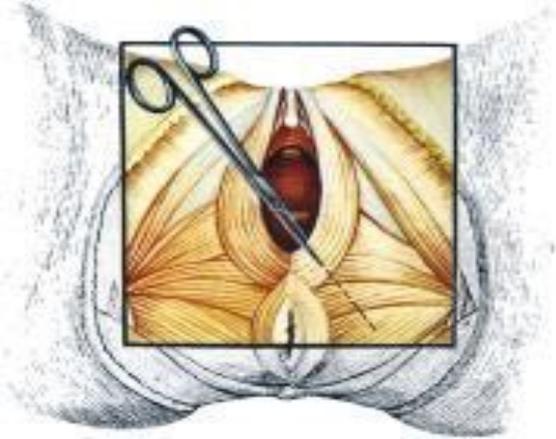
- a) Tiene cambios físicos y emocionales.
- b) Debe iniciar y adaptarse a las funciones maternas

## En este periodo el RN

- c) Comienza su adaptación a la vida extrauterina, con expresión de sus programas biológicos.
- d) Los estímulos ambientales van modulando el neurodesarrollo del RN.

## En este periodo la familia

- e) Tiene exigencias de adaptación y reorganización a nivel interno y social.

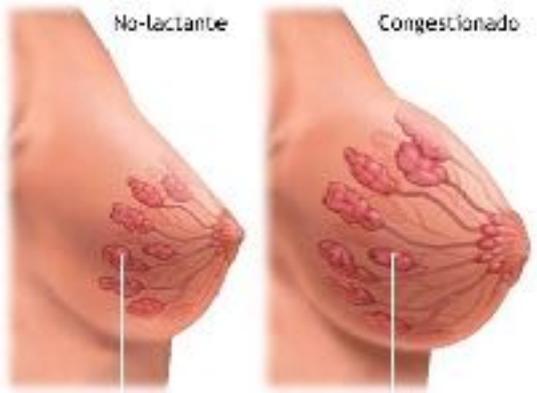
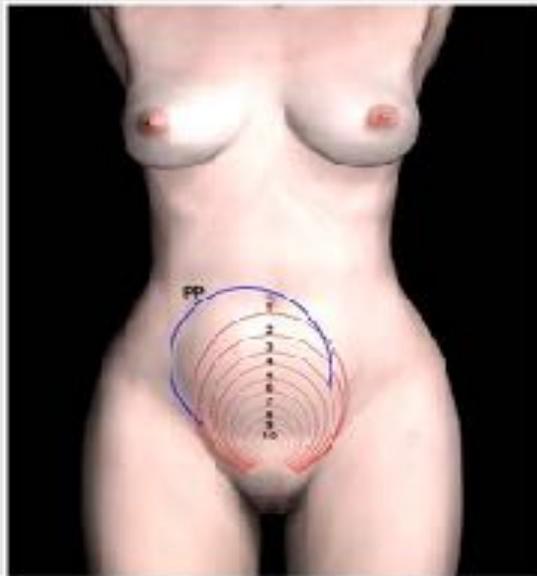


# Lo BIO del Puerperio

Procesos Curativos

Procesos Involutivos

Procesos Evolutivos



# Evaluación de la Puérpera / Diada

**VALORAR Antecedentes prenatales:** características del control prenatal, presencia de patología.

**Antecedentes del trabajo de parto:** forma de inicio, horas de evolución de cada etapa, uso de analgesia, uso de fármacos.

**Antecedentes del parto:** tipo de parto, horas de membranas rotas, características del líquido amniótico, uso de episiotomía o presencia de sutura de desgarros, antecedentes del Puerperio Inmediato.



# Evaluación de la Puérpera / Diada.

**Antecedentes del RN:** hora de nacimiento, sexo, peso, apgar, apego, lactancia, condición actual.

**En el puerperio se debe hacer valoración de la condición del RN en base a los antecedentes maternos, fetales y el examen físico de éste .**



# Exámen físico general y segmentario.

- ✓ Recuerde presentarse y **pedir permiso** a la usuaria antes de iniciar el examen físico.

## **VALORAR:**

- ✓ **Estado general** (BEG-CLOTE), estado de piel y mucosas, CSV.
- ✓ **Examen de mamas y pezón:** consistencia, presencia de calostro, inicio de la lactancia.
- ✓ **Abdomen :** consistencia y sensibilidad (ABDI), si es cesárea se describe estado del apósito que cubre la herida operatoria (p.e. "limpio y seco"), presencia de globo vesical
- ✓ **Palpación uterina :** consistencia y altura en el abdomen (a nivel umbilical o traveses de dedo bajo éste). Esto se evalúa en conjunto a la observación de Flujo Genital (características y cuantía).

# Exámen físico general y segmentario.

- ✓ Recuerde presentarse y **pedir permiso** a la usuaria antes de iniciar el examen físico.

## **VALORAR:**

- ✓ **Estado del periné** y de las suturas si existen.
- ✓ **Espalda** : características generales, sitio de punción si recibió analgesia regional.
- ✓ **Extremidades inferiores** (EEII) : movilidad (E. De Bromage), presencia de dolor, edema, varices.
- ✓ **Extremidades superiores**: edema, presencia de vía venosa (VVP). Si se está perfundiendo algún suero se debe revisar y describir su contenido.
- ✓ **Valorar presencia de dolor : EVA**

# Otros aspectos a considerar

## Valorar

- ✓ Eliminación : vesical e intestinal
- ✓ Valorar requerimientos de hidratación y alimentación.
- ✓ Valorar condiciones maternas y del neonato para la lactancia.
- ✓ Valorar otras necesidades: acompañamiento, educación, información.



# INDICACIONES puerperio fisiológico:

Al estar hospitalizada una usuaria, se deben dejar diariamente las "indicaciones" de los cuidados y tratamientos específicos a cada situación, escritos de forma clara y ordenada : por ejemplo

**Reposo:** relativo

**Régimen :** común

**CSV** cada 8 horas

**Analgesia:** xxx vía oral cada 8 horas

xxx intra muscular SOS (PRN)

**Aseo genital**

**Otras indicaciones** pueden ser: exámenes, interconsultas, antibióticos, otros fármacos, dependerá de cada caso en particular.

The image shows a handwritten medical chart for a postpartum patient. At the top, it says 'Puerperio' and 'Grupo O3 (M)'. The chart includes a section for 'Fiebre' with a grid for recording temperature over time. Below this, there are sections for 'Exámenes', 'Interconsultas', and 'Antibióticos'. The chart is filled with handwritten notes and data, including a list of instructions at the bottom: 'Preparar tetanismo', 'Preparar analgesia', 'Preparar CSV', 'Preparar aseo genital', 'Preparar interconsultas', 'Preparar exámenes', 'Preparar antibióticos', and 'Preparar otros fármacos'. The chart is dated '10/10/2010' and signed 'Luzmila Andrade'.

# Lo PSICO del Puerperio

Encuentro con el “bebé real”.



Evaluación y simbolización de la experiencia de parto: se da significado a la experiencia y valoración como positiva / negativa.



Puede ser una experiencia que verdaderamente EMPODERE a la mujer sobre sus capacidades y su autopercepción para enfrentar nuevas experiencias desafiantes.

# Lo SOCIAL del Puerperio

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

Se deben:

Activar las Redes sociales: Familiares y de Protección laboral



# Derechos laborales

**Fuero maternal:** prohibición a un empleador de poner término al contrato de trabajo, sin la autorización previa del juez competente.

Se extiende desde el momento del embarazo hasta 1 año después de expirado el periodo del postnatal.

Permite que la trabajadora tenga derecho a ser reintegrada a su trabajo si su empleador la despide estando embarazada.

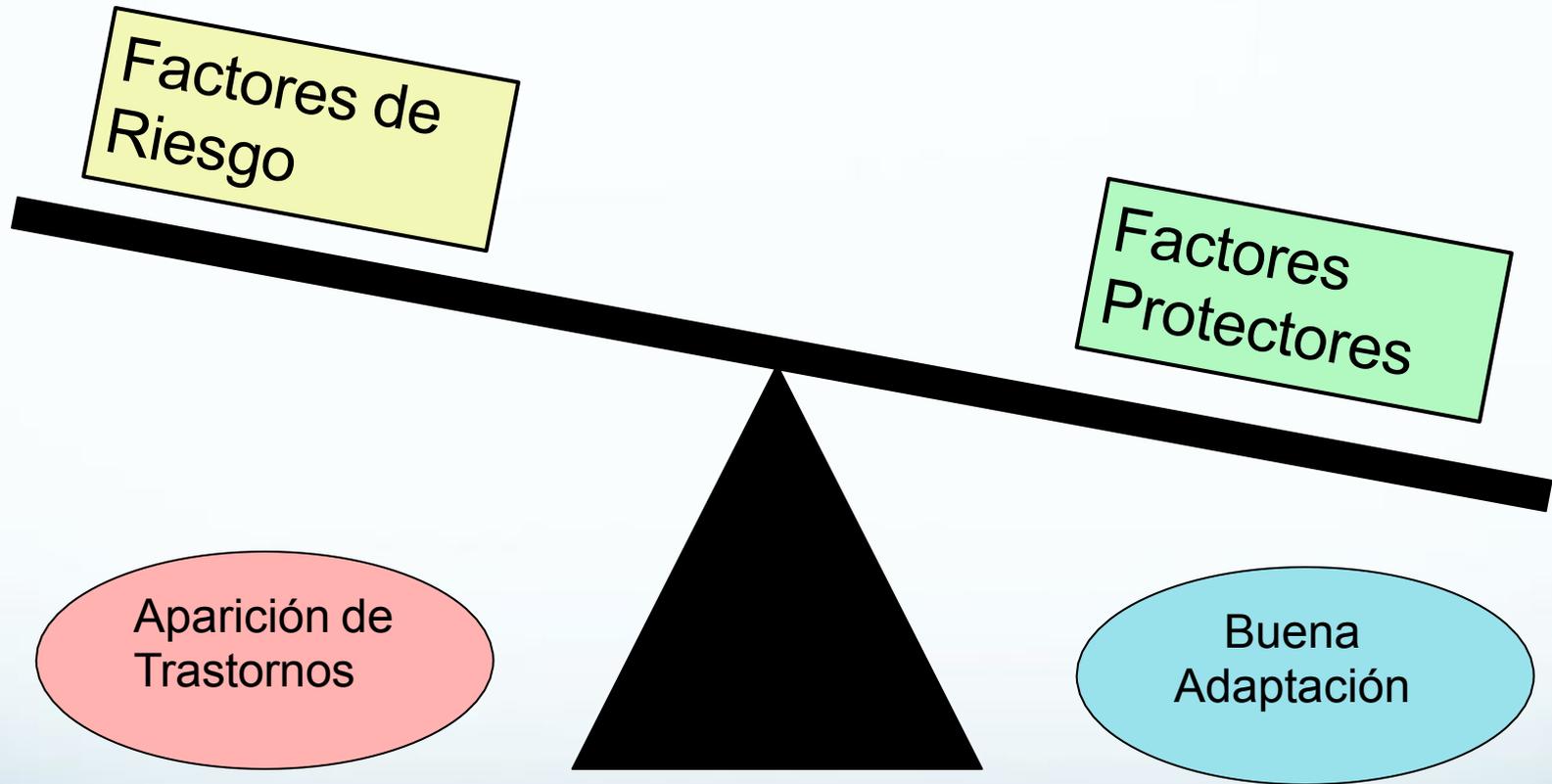
- **Permiso Prenatal Prolongado:** por patología durante el embarazo.
- **Permiso Prenatal:** 6 semanas (42 días) anteriores a la fecha probable de parto.
- **Permiso Prenatal Prorrogado o Suplementario:** entre el término del prenatal y el inicio del post natal (gestación > 40 sem.)

# Descansos de maternidad:

- **Permiso Postnatal:** 12 semanas (84 días) contadas desde el nacimiento del/la hijo/a.
- **Permiso de Postnatal Prolongado:** cuando a consecuencia del parto la mujer presenta una enfermedad que le impide regresar al trabajo. **Estos derechos no pueden ser renunciados por la trabajadora.**
- **Permiso de Postnatal Parental:** comienza una vez cumplidas las 12 semanas después del parto. Se ejerce en dos modalidades:
  - A) 12 semanas a jornada completa, con 100% subsidio.
  - B) 18 semanas a media jornada, con un 50% de subsidio

**Para el traspaso de Postnatal Parental al padre:** La decisión es de la madre / Ambos padres deben ser trabajadores / Puede traspasar hasta 6 de las 12 semanas de postnatal parental jornada completa, o hasta 12 de las 18 semanas de postnatal parental de jornada parcial.

# Biopsicosocial:



# Factores Protectores:

Condición física  
saludable

Resiliencia

Alta autoestima

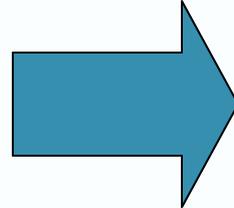
Apoyo de la pareja y  
otros significativos

Experiencias de éxitos

Orientación a lo social

Sentido del humor

Mentalización



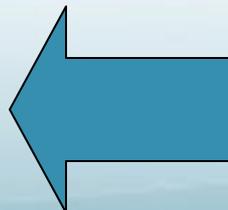
**MAYOR** posibilidad  
de lograr:  
Regulación fisiológica, y  
emocional en el RN



**Bebé de temperamento  
habitualmente  
mas FACIL**

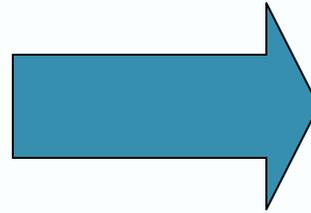


**BUENA ADAPTACION  
APEGO SEGURO**



# Factores de riesgo:

Temperamento difícil  
Aislamiento social  
Fracasos repetidos  
Alteración salud física  
Sin compañero ni redes de apoyo  
Interrupción del cuidado parental  
Antecedentes de negligencia y maltrato  
Necesidad del bebé



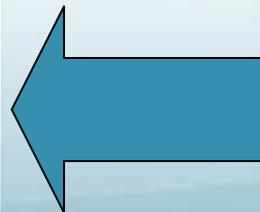
**MAYOR riesgo de tener un bebé de Temperamento DIFICIL**



**Bebé "Programado" para tener dificultad en la regulación**



**INTERACCION DIFICIL**



# Consecuencias:

**Psicopatología compleja: más que “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.

- Aparecen entre **48 a 72 horas postparto** y duran desde horas a días.
- **Autolimitadas:** 3 ó 4 semanas).
- Afecta al 50 a 75% de las puérperas.

# Disforia post parto:

Los síntomas **NO INTERFIEREN** con la capacidad de la madre para atender a su RN 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 estrógeno y progesterona hasta los valores previos al embarazo.



# Depresión Post Parto:

Las fluctuaciones de las hormonas gonadales (característicos período premenstrual, post parto y peri menopaúsico) se relacionan a una mayor prevalencia de **trastornos anímicos**.

Aparece alrededor del **2º mes post parto**.

Afecta entre un **10 a 15% de las puérperas** (Jadresic,1992, Alvarado, Chile 1992) y hasta a un **30% en poblaciones de riesgo**.





- Estudios chilenos sobre prevalencia de síntomas depresivos y/o ansiosos en el embarazo demuestran que alrededor del 30% de las gestantes tiene síntomas de ansiedad o depresión o ambos,
- los cuales son inespecíficos, sin alcanzar a configurar un trastorno mórbido.

# Epidemiología de la depresión post parto

El riesgo que tiene cualquier mujer de ser hospitalizada en un recinto psiquiátrico en el periodo de post parto...

**es 7 a 8 veces mayor** que el riesgo de ser ingresada en el período previo al embarazo.



# Epidemiología de la depresión post parto

## PENSEMOS



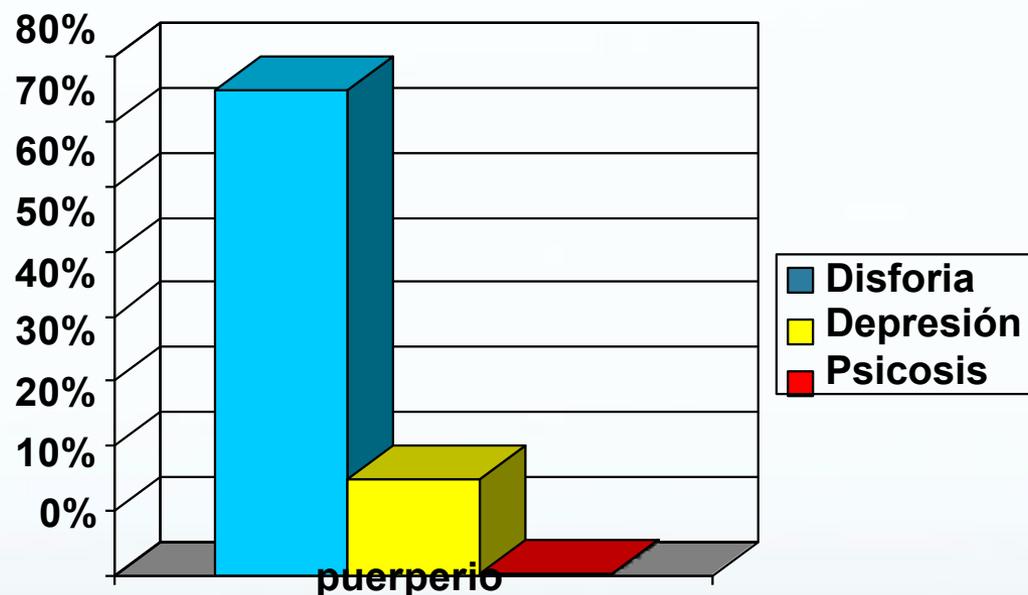
En el país se producen 300.000 nacimientos anuales.

Si una de cada 10 mujeres presentan depresión post parto, significa que alrededor de 30.000 mujeres sufren de depresión puerperal cada año.

Pero sólo la cuarta parte de ellas (7.500) recibe tratamiento.

# Cuadros clínicos

Según grado de gravedad:



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

## Importante recordar que:



La clínica de la depresión post parto no difiere a la que puede aparecer en otras etapas de la vida, esto es:

1. Existe depresión del estado de ánimo.
2. Sentimientos de culpa, e incluso en relación a la maternidad.
3. Sobresale la Irritabilidad, tendencia al llanto y la labilidad emotiva
4. Hay Sentimientos de insuficiencia e incapacidad.
5. Pérdida del deseo sexual
6. Ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves.

# Estos cuadros no se diagnostican habitualmente, porque:



1. Se piensa que son disforias y no depresiones, mas aún si aparecen tardíamente en relación al parto.
2. Los profesionales 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 (cansancio y ansiedad), sobre todo en primíparas.

# Etiología de la depresión.



- Existe escasa evidencia que sustente una base **solamente biológica** para este trastorno.
- Los estudios otorgan mayor importancia a **elementos psicosociales**, como el 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.

ψ Los antecedentes depresivos familiares o personales son muy importantes, y mujeres con mayores problemas de adversidad están más expuestas a presentar estos cuadros.

## IMPORTANTE

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. Esto las alivia mucho, sin necesidad de entrar en explicaciones complejas.

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, pero no son los únicos; también pueden ser útiles citalopram y fluoxamina.

**Sulpilan ® –Aplacid ® :**  
Cada cápsula contiene Sulpirida, 50 mg. (RAM)

# Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio



“Al incluir variables psicológicas y sociales como fenómenos integrantes del período perinatal y de la perinatalidad,

la asistencia al nacimiento se amplía al manejo no azaroso de riesgos psicológicos y sociales

que podrían perturbar el desarrollo del bebé, su integración a la familia y a largo plazo su participación en la sociedad”.

# CONSIDERACIONES:

- a) En el período perinatal, madre y bebé atraviesan una fase de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social, que no se repetirán en el curso del ciclo vital.
- b) Es poco probable que madre y bebé tengan otra oportunidad de estar como conjunto, bajo la tuición de un **equipo** multiprofesional.





- c) Durante el período perinatal se inicia la formación del vínculo madre-hijo y el tipo de éste (seguro, inseguro, desorganizado), depende de la calidad de las experiencias tempranas.
- d) La formación de vínculos seguros es esencial, para el desarrollo de un bebé sano.

# NO OLVIDE QUE:

La mujer que pasa de gestante a madre se transforma en **fin receptor de los estímulos** provenientes del entorno.

A los actos, gestos o verbalizaciones en que vea descuido o un matiz despectivo o indiferente, les podrá atribuir significados que se imprimirán **como vivencias traumáticas indelebles** o, por el contrario,

Si la práctica institucional incluye acciones delicadas y específicas para acogerla a ella y a su bebé, **podrá sentirse ante experiencias reestructuradoras** .

# Además:



Si la parturienta proviene de una red social que la ha formado y apoya eficazmente,

y en la maternidad es confirmada en su rol de madre se le ha hecho participar en actividades que estimulen sus aptitudes y competencias y las de su bebé para relacionarse apropiadamente,

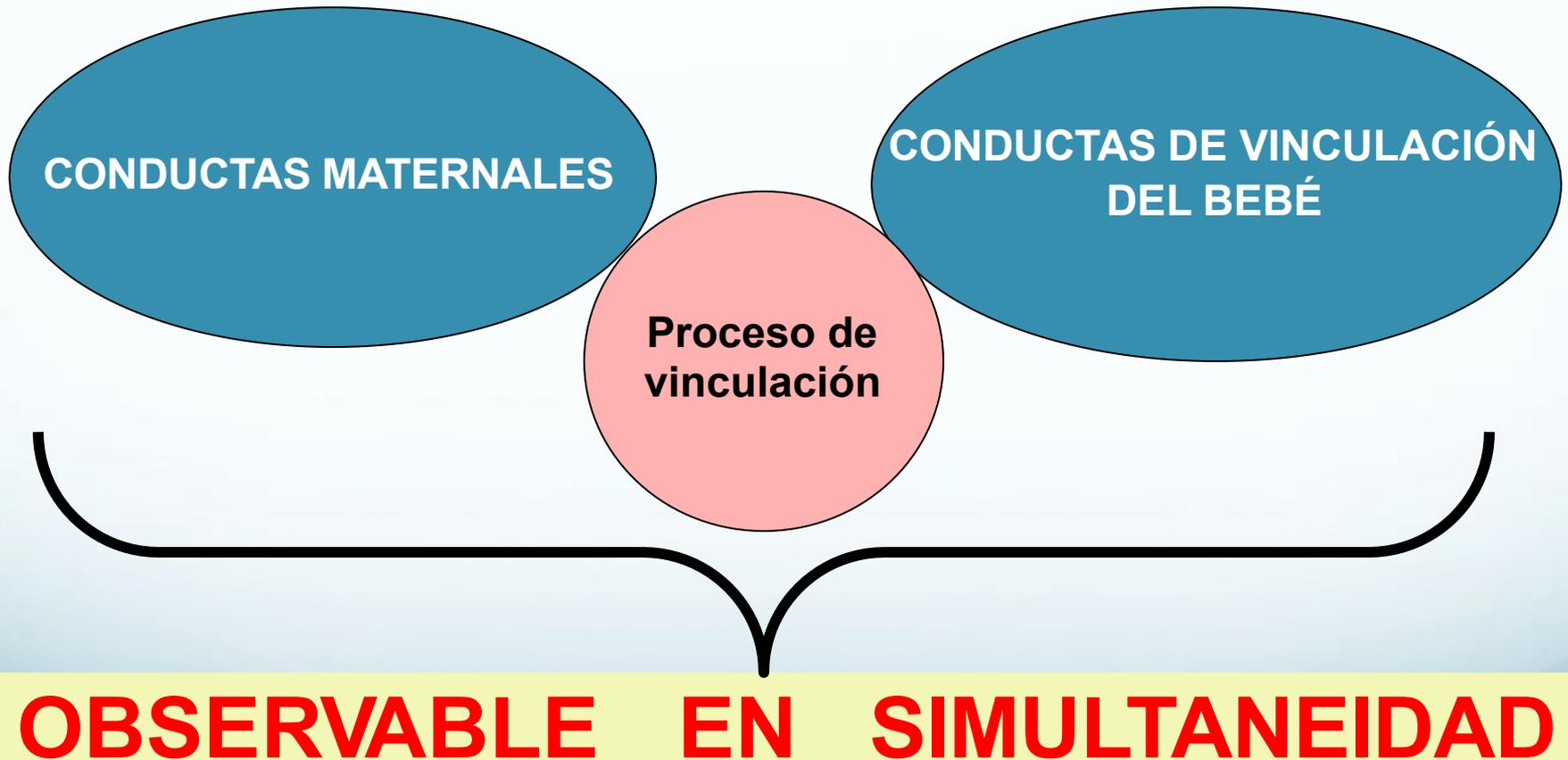
volverá a su ambiente natural formando ahora una díada que cuenta con el repertorio conductual adecuado para ir consolidando el tipo vincular seguro.

# Equipo Psicosocial

- ① Evalúa la red de apoyo, activándola si existe o creándola si falta.
- ② Articula apoyos con el medio familiar o social cercano.
- ③ Hace de nexo e interlocutor con el consultorio externo.
- ④ Articula contactos con sistemas o programas institucionales de asistencia psiquiátrica.
- ⑤ Recurre al sistema legal para la protección del bebé, así como a cualquier otra instancia de apoyo institucional reconocida.

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

# Elementos interactivos de un sistema diádico



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.



# **Pauta de Evaluación Relacional Madre – Recién Nacido**

**(Dra. M Kimelman, 2007)**

**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:**

**Profesional a cargo:**

**Fecha de evaluación:**

## **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 ( )

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

da de bajo riesgo ( )

da de alto riesgo ( )

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

**ACOMPAÑAMIENTO TECNICO SIN ACOMPAÑAMIENTO  
EMOCIONAL =  
VIOLENCIA OBSTETRICA**



**Trabajo Grupal:**