



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/155.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Adaptación psicosocial en el puerperio**
Autores Sofía Dolores *Ureña Gálvez*, Dorotea María *Reche Torrecillas*, Lucía *Membrilla Beltrán*
Centro/institución Hospital la Inmaculada
Ciudad/país Almería, España
Dirección e-mail Sug492@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Durante el embarazo los trastornos psicológicos son poco frecuentes mientras que en el puerperio aparece sintomatología nueva y se pueden agravar procesos psicológicos previos. El posparto cambia por completo la situación personal de la mujer: su esfera individual, sentimental, familiar, social, laboral, etc. Se produce una crisis de identidad. Se deja de ser el centro de atención para trasladarlo al recién nacido, este genera grandes demandas y hay un choque entre la realidad versus las expectativas creadas.

Si tenemos que describir los trastornos psicológicos asociados al puerperio diferenciaríamos: maternity blues, depresión posparto y psicosis puerperal.

Los objetivos de esta revisión son describir el puerperio, identificar los cambios producidos, conocer los factores de riesgo de los trastornos psicosociales, describir su sintomatología y centrar los enfoques de tratamiento o intervenciones más importantes.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Biblioteca Cochrane plus y Pubmed usando los términos "pospartum", "maternity blues", "depression" y "psychiatric disorders". Se han seleccionado seis artículos por ser recientes, de los últimos cinco años, tratarse de revisiones sistemáticas y por contenido, facilitar los objetivos de definir el posparto, conocer los factores de riesgo a través de test validados y evaluar las posibles intervenciones más adecuadas.

También se ha consultado “Prosego”, protocolos revisados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia junto con el Proceso asistencial integrado de embarazo, parto y posparto.

Resultados

El puerperio es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Duración aproximada de 40 días o seis semanas.¹ Esta es la definición más aceptada sin embargo la terminación del puerperio es imprecisa y existen discrepancias entre los autores.

Laura Gutman define el puerperio como un período de desequilibrio para la mujer que dura alrededor de 40 días después del parto, tiempo que fue estipulado y que responde a una histórica veda moral para salvar a la parturienta del reclamo sexual del varón. Pero ese tiempo cronológico no significa psicológicamente un comienzo ni un final de nada. Considera que el puerperio, en realidad es el período transitado entre el nacimiento del bebé y los dos primeros años, aunque emocionalmente haya una diferencia evidente entre el caos de los primeros días, la capacidad de salir al mundo con un bebé a costas o el vínculo con un bebé que ya camina.²

Este período se caracteriza principalmente por la involución de las modificaciones anatómico-fisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto; el reajuste psicológico de la madre; la instauración de la secreción láctea y el establecimiento de la relación de los padres con el nuevo hijo.

La *adaptación psicosocial* de la mujer, según Rubin se puede dividir en tres etapas: *Etapas de aceptación o periodo de conducta dependiente, etapa de apoyo o de transición de dependencia a independencia*, recuperada del esfuerzo del parto siente mayor energía y bienestar. *Etapas del abandono o de adopción de nuevas responsabilidades* coincide con la llegada a casa.

Por último destacar un proceso importante en los cambios psicológico-sociales: *el establecimiento del vínculo*.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé.³

El período de posparto representa un momento muy particular en la vida de las mujeres. La gran mayoría sufre *maternity blues*, una forma benigna de estado depresivo leve, aparece hasta en un 80% de los nacimientos, con estos datos no podemos ignorar este periodo. Precisa escucha empática, no quitar importancia a las quejas y en unos días se resuelve espontáneamente.

Por otra parte, el 10% puede tener un episodio depresivo sin antecedentes, un 10-15% en los dos/ tres primeros meses, 25% con antecedentes depresivos y un 50% si han sufrido una depresión puerperal anterior.⁴

Para la depresión posparto existen factores de riesgo: edad materna, antecedentes de psicopatología, actitud negativa ante el embarazo, tensiones en la pareja, severidad de Blues, un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad, cambios hormonales bruscos, cansancio, al dolor y al malestar en general y temor o ansiedad por sus nuevas responsabilidades. No existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o actuar conjuntamente.

Los síntomas son tristeza, irritabilidad, fatiga, insomnio, etc.

El tratamiento debe ser farmacológico, terapia o ambos dependiendo del caso. Como prevención se recomienda no abandonar a la mujer, apoyo para ocuparse de sus funciones maternas.

La psicosis puerperal es una escisión o pérdida de contacto con la realidad, la mayoría son manifestaciones de un trastorno afectivo previo desencadenado por el puerperio. Requiere ingreso hospitalario, tratamiento farmacológico, terapia psicológica, prevención del maltrato infantil aunque es importante mantener la relación madre e hijo.

Discusión

Los síntomas de rápidos cambios de humor o labilidad emocional durante la primera semana posparto son un aspecto importante en el diagnóstico de maternity blues. (Pop et al, 2015)⁵. El 2% de mujeres tuvieron cambios rápidos de humor y 7% de la muestra estaban deprimidas. Un episodio previo de depresión, eventos importantes de la vida y parto instrumental se relacionó con la depresión. En la primera etapa, la prevalencia del Blues postparto fue del 19,2%. En la segunda etapa, la prevalencia de la depresión postnatal fue de 12,9%. Los factores asociados con el blues posparto fueron el bajo nivel socioeconómico, un menor nivel educativo, la mala relación conyugal, un apoyo social insuficiente, la presencia de antecedentes psiquiátricos, la prematuridad y el recién nacido enfermo.

Se validaron la escala de depresión postnatal de Edimburgo, el inventario de ansiedad del estado de Spielberg, la escala de evaluación de blues de maternidad de Kennerley y Gath, el inventario de depresión de Beck y la escala de depresión de Hamilton. Todos fueron evaluados en las primeras 24 horas, 2-3 días y 4-6 semanas después del parto en 126 mujeres. (Roomruanwong et al, 2016).⁶

La depresión se predijo significativamente para la depresión durante toda la vida, síndrome premenstrual y menor nivel educativo. La depresión puerperal no se asoció con resultados obstétricos o neonatales. La incidencia de depresión disminuyó significativamente en las 24 horas (23,8%) a 2-3 días (7,8%) y 4-6 semanas (5,3%).

Los trastornos en el estado de ánimo posterior al parto son una forma frecuente de la morbilidad materna tras el mismo (stocky 2000). Estos trastornos afectivos varían en cuanto a su gravedad desde la leve y transitoria "depresión puerperal", experimentada por entre un 50% y 80% de las mujeres, hasta la psicosis postparto, una enfermedad grave que afecta a menos del 1% de las madres y que, generalmente, requiere hospitalización (evins 1997).

Con el fin de abordar este problema, se ha desarrollado una variedad de intervenciones psicosociales y psicológicas para tratar la depresión postparto. Por ejemplo, los ensayos controlados aleatorios que evalúan el asesoramiento cognitivo-conductual con antidepresivos (appleby 1997), la terapia cognitiva-conductual y el asesoramiento no directivo (cooper 1997; cooper 2003), el asesoramiento no directivo realizado por medio de visitas médicas (holden 1989; wickberg 1996), el apoyo de los pares (dennis 2003) y la psicoterapia interpersonal (o'hara 2000) han demostrado la susceptibilidad de la depresión postparto a los tratamientos.

Resulta teóricamente posible que las intervenciones psicosociales y psicológicas puedan prevenir la depresión postparto, ya que la mayoría de los factores de riesgo conocidos se encuentran presentes durante el embarazo y el período inmediato posterior al parto⁸.

Conclusión

El puerperio es un periodo de grandes transformaciones en los ámbitos fisiológico, psicológico y sociocultural de la vida de la mujer. Debemos escuchar sus dificultades y experiencias, conociendo a su vez su contexto social y cultural para facilitar junto su pareja el cuidado de un nuevo ser y una correcta adaptación.

Las visitas domiciliarias intensivas y la atención postparto flexible proporcionada por matronas, parecen mostrar una promesa en la prevención de la depresión postparto. Las intervenciones individuales pueden resultar más beneficiosas que las grupales. También parece haber pruebas que apoyan las intervenciones que se inician en el período postnatal y que no incluyen un componente prenatal⁹.

Finalmente, las intervenciones que tienen como objetivo a las madres "en riesgo" pueden ser más beneficiosas que las que incluyen a una población materna general. Tienen un sentido de prevención. De ahí la importancia de detectarlos durante la hospitalización antes del alta.

Es importante animar a los padres a que expresen sus preocupaciones antes del alta.

Bibliografía

1. Carmona E; Amaya F; Fiol G. Obstetricia básica para residentes de matrona. Unidad docente de matronas. Almería. 2013.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo asistencial Puerperio normal y patológico. Madrid. 2008.
3. Dennis C; Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. Oxford. *La biblioteca cochrane plus*. 2008; Número 2.
4. Mazaira S. Postpartum psychiatric disorders. *Vertex*. 2014 Sep Oct; 25(117):347-56.
5. Pop VJ; Truijens SE; Spek V; Wijnen HA; van Son MJ; Bergink V. A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *J Affect Disord*. 2015 May 15; 177:74-9.
6. Roomruangwong C; Kanchanatawan B; Sirivichayakul S; Maes M. Antenatal depression and hematocrit levels as predictors of postpartum depression and anxiety symptoms. *Psychiatry Res*. 2016 Apr 30; 238:211-7.
7. Masmoudi J; Charfeddine F; Trabelsi S; Feki I; et al. Postpartum depression: prevalence and risk factors. A prospective study concerning 302 Tunisian parturients. *Tunis Med*. 2014 Oct; 92(10):615-21.
8. Yuki takahashi. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci*. 2014 Feb; 76(1-2): 129–138.
9. Aceituno L. et al. Protocolo asistencial integrado embarazo, parto y puerperio. Consejería de igualdad, salud y servicios sociales. Sevilla. 2014.