PUERPERIO
ASPECTOS PSICOLÓGICOS
Y EMOCIONALES.

B.Martínez

Matrona y Sexóloga

PUERPERIO

- Su ***origen*** etimológico de la ***palabra puerperio*** procede de los vocablos latinos:
- **puer** (que significa niño) **peri** (alrededor de)
- Lo que viene a significar es precisamente el momento biológico que sucede tras el nacimiento.

¿CUANTO DURA?

- ¿Cuándo empieza?
  - Puerperio precoz <24h.
  - Puerperio inmediato <4h.
  - Puerperio tardío . 10-40 días
- ¿La cuarentena?.
- ¿Seis semanas después del parto?.
- ¿Está la mujer recuperada en ese tiempo?.
- ¿Hasta que la mujer vuelva a su “estado normal”?.

SENTIMIENTOS

MIEDO

dudas

ALEGRIA

TRISTEZA

INSEGURIDAD

IMPOTENCIA

ILUSION

PODER

DECEPCION

AGRADECIMIENTO

PUERPERIO

Un periodo de cambios, de adaptación, de aprendizaje y de expectativas nuevas.

Un tiempo necesario para acoger y cuidar la criatura, en el que se producen cambios en todos los sentidos.

PUERPERIO

Una etapa de alegría por la presencia del bebé, enriquecedora, fluida, llena de posibilidades y creatividad.

O un periodo vulnerable, de fragilidad emocional y física en el que aparecen miedos, inseguridades, dudas relacionadas con el cuidado personal y el del bebé

Un cambio en el rol parental/pareja, que pueden dificultar el equilibrio necesario para atender las necesidades de la madre, de la criatura y de la nueva familia

CAMBIOS PSIQUICOS EN EL EMBARAZO

Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una **creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido**. (Bydlowski,2007)

“TRANSPARENCIA PSÍQUICA” (Bydlowski, 2007)

- Describe el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo y especialmente al final.

- Según esta psiquiatra francesa, la transparencia psíquica se caracteriza por **un resurgir de recuerdos del pasado,** que afloran del inconsciente a la consciencia
- Permite que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez.

- **Si la infancia fue grata** este recuerdo permite imaginarse como será la infancia del bebé en camino.

- **Si fue traumática**, marcada por los abusos o el abandono emocional la fuerza de esas “angustias primitivas” se puede manifestar por una angustia o una depresión importantes.

TRANSPARENCIA PSIQUICA

Así, la transparencia psíquica del embarazo conlleva, una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y puede llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes

Los psicólogos del desarrollo también coinciden en esta afirmación de que la gestante necesita regresar de alguna manera a sus recuerdos infantiles para poder luego vincularse eficazmente con su futuro hijo.

Bibring (Bibring, Dwyer, & Huntington, 1961

(Bibring et al., 1961; Bibring & Valenstein, 1976) describe el embarazo:

Una crisis que revuelve identificaciones y conflictos no resueltos

y ofrece una oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad.

A PARTIR DE 2º TRIMESTRE

Los movimientos fetales actúan como un estímulo proyectivo a partir del cual las madres elaboran las fantasías derivadas de su relación con su propia madre (Zeanah, Keener, & Anders, 1986)

“REPRESENTACIONES MATERNAS”.

“El vínculo empieza a formarse en el embarazo y está afectado por una serie de factores interpersonales y ambientales: la calidad de la relación de pareja, el apoyo social, la presencia de estresores, la dinámica intrapsíquica sobre como se concibe el bebe y sobre todo, la manera en que la madre fue criada por sus propios padres”

(Klaus & Kennell, 1982).

Una consecuencia de esta transparencia psíquica puede ser que **el embarazo suponga un momento privilegiado** en el que resolver mas rápidamente conflictos psíquicos que en otros momentos de la vida.

Las mujeres que han tenido infancias traumáticas de abandono pueden sentir una intensa angustia (que se manifieste con síntomas somáticos) al estar embarazadas; pero, precisamente por eso, la psicoterapia centrada en comprender y asumir la propia historia previa vincular puede ser especialmente eficaz.

Sostener a la futura madre será el papel no solo del padre y la familia sino también de los profesionales sanitarios.

Si la embarazada tuvo una infancia muy dolorosa o una vida muy difícil es probable que durante el embarazo no pueda apenas imaginar a su bebé o que incluso viva el embarazo con intensa angustia.

Neurohormonas cerebrales y embarazo

Curiosamente durante el embarazo en el cerebro de la madre se crean nuevas neuronas en algunas áreas específicas como son **el hipocampo o el bulbo olfatorio**, que facilitarán a su vez la transición a la conducta maternal tras el parto (Kim et al., 2010).

Todos estos cambios durante el embarazo están destinados a producir en la madre un estado de gran sensibilidad tras el parto y respuesta a las demandas del recién nacido.

Hacia el final del embarazo el cerebro materno está muy influido por las hormonas:

Prolactina

Progesterona.

Esteroides

PROLACTINA

- Eleva sus niveles unas quince veces durante el embarazo.
- Prepara el alveolo mamario para la producción de leche,
- Produce un aumento temporal del apetito para proveer nutrientes al feto y energía extra para la madre así como para su almacenamiento en forma de grasa para la lactancia.
- Actúa reduciendo la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HAA) al estrés.
- Estimulando la neurogénesis.
- Inhibe la ovulación.
- Interviene en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal.

PROGESTERONA Y ESTRADIOL

Las acciones clásicas de estos esteroides en el cerebro maternal durante el embarazo han sido bien establecidas, especialmente en la **preparación de los circuitos neuronales que permiten la expresión de la conducta materna tras el parto** (Bridges, 1984; Numan, 2007)

Además, **la alopregnenolona**, un metabolito activo de la progesterona, actúa inhibiendo la respuesta al estrés del eje HHA (Douglas, Johnstone, Brunton, & Russell, 2000)

e **impidiendo la liberación de oxitocina antes del parto**, a través de la potenciación del efecto inhibitorio que tienen los receptores GABA sobre las neuronas oxitocínicas. (Brunton & Russell, 2010).

Los cambios hormonales protegen al bebé que se está gestando del estrés que podría dañar su desarrollo.

La Oxitocina (Oxt) y la vasopresina (muy similares: ambas moléculas tan sólo se diferencian en dos aminoácidos).

Son cruciales en la transición que supone **pasar a cuidar del recién nacido**, mediante la activación de cambios en expresión de genes en el cerebro maternal

(Caughey et al., 2011).

La oxitocina es producida en el cerebro por dos tipos de neuronas:

- Unas que se proyectan a la hipófisis posterior y secretan oxitocina a la circulación sistémica.
- Otras que se proyectan dentro del cerebro y que **regulan algunas conductas, especialmente el comportamiento materno**, además de ejercer una función homeostática.
- También se puede producir en el útero, las gónadas, el corazón y el timo.

- Hay receptores de Oxt y vasopresina en todo el tronco cerebral**, interviniendo en todas las conductas reproductivas, sociales y adaptativas, así como en la regulación del sistema nervioso autónomo.**
- La Oxt activa el sistema parasimpático, **disminuye la ansiedad, la obsesividad y la reactividad al estrés,** y puede servir para contrarrestar el sistema defensivo asociado al estrés

Durante la gestación, la premisa es que es importante que estas neuronas se mantengan en reposo, con el fin de que puedan acumular oxitocina, sin que el parto se produzca prematuramente (Brunton & Russell, 2010).

Se sabe que el número de receptores de oxitocina aumenta conforme avanza el embarazo

(Insel, 1986)

y

que las hormonas esteroides, incluyendo estrógenos, progestágenos, andrógenos y glucocorticoides pueden influir tanto en la densidad como en el patrón de distribución de los receptores de oxitocina y vasopresina .

(Young, Muns,Wang, & Insel, 1997) (Liberzon & Young, 1997).

La estimulación cervical durante el parto, la estimulación del pezón durante la lactancia, así como señales sociales, incluyendo señales táctiles y olfativas presentes en la interacción madre-bebé, producen una liberación de oxitocina (Uvnas-Moberg, 1998)

Indicando que **la oxitocina juega un papel central en la integración de la respuesta fisiológica y conductual en la reproducción femenina** .

(Russell & Leng, 1998).

El estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta. Los acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo (Nepomnaschy et al., 2006)

o de alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, Lou, & Olsen, 2000).

Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso (Hedegaard et al., 1993; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; Lou et al., 1994).

Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una **relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos** (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005).

La ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad.

Por ello es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo.

La ansiedad en el embarazo se asocia con un mayor número de visitas al obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2004).

El parto como evento neurobiológico

¿Cual es el papel de las hormonas y fetales oxitocina, endorfinas, catecolaminas y prolactina, en el parto?

En los días previos al parto se dan los pródromos.

La señal del inicio del parto parece que viene del cerebro fetal (Nathanielsz, 1994).

Se produce en la madre:

- Descenso rápido de los niveles de progesterona.
- Aumento del Estradiol

Que produce:

- Aumento de la prolactina en las 24-48 horas previas al parto (niveles que se mantienen durante la lactancia).
- Inicia la liberación de oxitocina a nivel central

Se incrementar las contracciones uterinas que van a culminar con el reflejo de eyección materno, definido como un mecanismo fisiológico innato, que explicaría los partos rápidos, aparentemente fáciles y/o precipitados.

Un reflejo de expulsión fetal auténtico tiene lugar cuando un bebé humano nace después de una corta serie de contracciones irresistibles, que no dejan espacio para los movimientos voluntarios (Odent, 2009).

Este reflejo de nacimiento espontáneo es el proceso fisiológico (que une biología y psicología) que hace de un parto un acontecimiento mecánicamente exitoso, físicamente tolerable para la madre y seguro para el bebé. La evidencia científica apoya esta hipótesis y señala que los pujos dirigidos durante el parto no se asocian a resultados óptimos.

(Hanson, 2009)(Brancato, Church, & Stone, 2008).

Sin embargo, la oxitocina no sólo va a favorecer el inicio y mantenimiento de las contracciones o la eyección láctea (liberación sistémica), sino que además ejerce su labor como neurotransmisor.

La oxitocina materna prepara el cerebro fetal para resistir mejor el parto (Khazipov, Tyzio, & Ben-Ari, 2008; Tyzio et al., 2006)(Brown & Grattan, 2007).

Las neuronas de los núcleos supra óptico y para ventricular del hipotálamo, emiten sus conexiones a diversas áreas del cerebro de la madre y es su acción en estas áreas la responsable del inicio de la actitud maternal.

En humanos, niveles altos de oxitocina endógena a nivel **cerebral producen sensación de bienestar** (Ishak, Kahloon, & Fakhry, 2011), **confianza** (Baumgartner, Heinrichs, Vonlanthen, Fischbacher, & Fehr, 2008)(Keri & Kiss, 2010), **vivencia amorosa, memoria social** (Heinrichs, von Dawans, & Domes, 2009), e incluso vivencia mística.

Mujeres y madres de diversas culturas refieren en los días posteriores al parto **y refieren frecuentemente sentimientos de vivencia amorosa, vinculo transpersonal e incluso experiencias transcendentales o místicas durante el parto** (Callister, Semenic, & Foster, 1999; Callister, 2004).

Además en la madre la **oxitocina endógena** produce también la liberación progresiva de endorfinas y un característico estado alterado de consciencia propio del parto, que ha sido poco estudiado (Colman & Colman, 1973).

EL BEBÉ

Según Lagercrantz en el útero el feto permanece sedado por la baja tensión de oxígeno de la sangre fetal y por el efecto anestésico e hipnótico de los neuroesteroides pregnanolona y la prostaglandina D2 (respectivamente), ambos producidos por la placenta.

El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas que van a hacer entre otras cosas que los bebes pasen las dos primera horas de vida en estado de alerta tranquila.

Nada más nacer los niveles de catecolaminas en la sangre de recién nacido son altísimos: llegan a ser veinte veces mayores tras el parto normal que en un adulto, y todavía son más elevados tras un parto instrumental y/o asfixia.

Esa descarga tan alta de adrenalinas ha sido llamada por algunos autores “el estrés del parto” (activación del sistema simpático) que además han aclarado que se trata de un estrés beneficioso y necesario para los recién nacidos (Lagercrantz & Slotkin, 1986).

Este estrés se resuelve tras el nacimiento por una estimulación vagal producida por el contacto piel con piel y la succión temprana.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Nada más nacer el recién nacido tiene el cerebro con niveles altos de oxitocina y catecolaminas, lo que produce ese estado de alerta tranquila descrito que dura unas dos horas.

Esto se ha correlacionado con la existencia del llamado **periodo sensitivo** (Bystrova et al., 2009).

Dejados en contacto piel con piel ininterrumpido con la madre, los recién nacidos guiados por el olfato, como consecuencia de la estimulación catecolaminérgica y de oxitocina endógena a nivel del bulbo olfatorio (Porter & Winberg, 1999) **buscan el pezón e inician espontáneamente la lactancia en la primera hora de vida en la mayoría de los casos** (Varendi, Porter, & Winberg, 2002).

Las contracciones uterinas maternas durante el parto facilitan el aprendizaje olfatorio del recién nacido.

El olor del pecho materno ayuda al bebe a iniciar la lactancia.

Previamente suelen establecer contacto visual con la madre, mirándola fijamente y escuchándola con atención, lo que es indicador de **altos niveles de oxitocina intracerebral**, que presumiblemente va a quedar grabado dado el efecto en la memoria de los también elevados niveles de catecolaminas cerebrales en el bebé.

¿IMPRONTA?

La comprensión de los efectos de las neuro hormonas nos permite deducir que **el recién nacido sano probablemente experimente una intensa sensación amorosa en las primeras horas de vida que quedará profundamente grabada en varias áreas de su cerebro**.

Y algo similar le sucede en la madre, como nos demuestran los relatos de las madres, las observaciones realizadas en sala de partos y la interpretación de los hallazgos neurobiológicos

POSPARTO INMEDIATO

PERIODO SENSITIVO, SINCRONÍA Y LACTANCIA MATERNA

Este periodo neonatal sensitivo da paso, tras el inicio espontáneo de la lactancia en las dos primeras horas de vida, al desarrollo continuo de la sincronía materno-filial (Winberg, 2005)

que persistirá todo el tiempo que dure la lactancia materna, cuya duración, conviene recordar, se estima fisiológicamente en la especie humana oscila entre dos años y medio y siete años de vida (Detwyler, 1995).

Nosotros, como otros mamíferos, tenemos una predisposición innata que regula la interacción mutua entre la madre y la/el recién nacido.

Para nuestros antepasados prehistóricos parece haber sido necesario para promover la supervivencia del bebé.

Los estudios controlados aleatorios sugieren que el cuerpo de la madre es el hábitat natural para la/el recién nacido desnudo (Bergman, 2005; Winberg, 2005)

El contacto piel con piel inmediato postnatal conserva la energía, ajusta el balance acido base y la respiración, y calma al bebe.

Pero el contacto estrecho no solo influencia al bebé, **también ayuda a la madre: adapta su sistema digestivo, y cambia la conducta maternal** (Winberg, 2005).

Sin lugar a dudas existen programas innatos, aunque varios de estos deben de ser “programas abiertos” que pueden ser modificados por la experiencia.

La naturaleza utiliza las mismas hormonas para producir la leche que para producir los cambios adaptativos a nivel cerebral que facilitarán la conducta materna.

En los últimos años se está descubriendo cómo las mismas hormonas que intervienen en el parto y en la lactancia tienen efectos muy importantes a nivel del sistema nervioso central y muy especialmente en la conducta maternal.

Existen estudios que sugieren que la lactancia en humanos y en otros mamíferos reduce la reactividad fisiológica a varios estímulos estresantes.

Las madres que lactan describen con mayor frecuencia un estado de bienestar y menor ansiedad (Carter & Altemus, 1997)

interactuando de forma más positiva con sus bebés, dirigiéndoles más caricias y sonrisas, que aquellas que utilizan lactancia artificial (Duna J. & Richards, 1977).

También se observa una reducción de la respuesta autonómica (frecuencia cardiaca y conductancia de la piel) ante el llanto de los bebes en las madres lactantes frente a las no lactantes (Wiesenfeld, Malatesta, Whitman, Granrose, & Uili, 1985).

Esta reducción en la respuesta al estrés asociada a la lactancia, podría verse como una respuesta adaptativa que protege a las madres de una respuesta exagerada a los estímulos estresantes que garantiza una lactancia exitosa (Carter & Altemus, 1997).

La sincronía madre-bebé se ha definido como la coordinación temporal de conductas sociales al micro nivel, es decir, de sucesos puntuales en un sistema global que regula la expresión de ambos.

Los humanos nacemos preparados biológicamente para establecer interacciones coordinadas desde las primeras horas de vida, como ya descubrieron Brazelton y col. al describir la organización rítmica y repetitiva de la interacción cara a cara mama-bebe y la cuidadosa adaptación de cada individuo a los ritmos del otro

(Brazelton, Koslowski, & Main, 1974).

Los lactantes tienen una gran capacidad de aceptar sistemas sociales complejos, pueden simultáneamente coordinar su conducta con el padre que interactúa con ellos y percibir la coordinación de la conducta entre ambos progenitores y responder inmediatamente (Feldman, 2007)

Las hormonas del vinculo intervienen en todo este sistema desde el embarazo y muy especialmente a través de la lactancia materna.

Las madres que tenían niveles mas altos de oxitocina en el primer trimestres los mantenían durante el embarazo y después, presentaban mas conductas maternales postparto y se sincronizaban mas con los bebes que las que tenían niveles mas bajos.

Además presentaban pensamientos mas vividos y placenteros de sus bebe (Feldman & Eidelman, 2007; Feldman, Gordon, Schneiderman, Weissman, & Zagoory-Sharon, 2010).

Se ha comprobado como la sincronía puede tener un efecto duradero en el desarrollo cerebral del lactante (Swain, Lorberbaum, Kose, & Strathearn, 2007).

A los 3 y 9 meses el grado de sincronía predice la autorregulación a los 2, 4, y 6 años, y en seguimiento a los 13 años, se ve el efecto de la sincronía en la empatía de los adolescentes (Feldman, 2007a).

Comprender las bases neuronales y neuroquímicas del sistema afectivo madre-hijo/a puede proporcionarnos ideas sobre los orígenes de la sociabilidad en general.

Ya que es plausible que este lazo fundamental, que es común a todos los mamíferos, vaya a proporcionar la base neural para el desarrollo de otros sistemas de gratificación social. (Keverne, 1988).

Por tanto, alterar las bases neurobioquímicas que regulan estos circuitos en el momento perinatal podría producir una mayor susceptibilidad a presentar problemas en la edad adulta.

PUERPERIO

Resultado de:

- Su proceso de sexuación particular y único.
- De sus expectativas del embarazo y parto.
- De cómo fue el embarazo/matrona/clases preparto.
- Cómo se inició/sucedió/acabo el parto.
- Características del bebé.
- El Apego que realice con el bebé
- Tipo de lactancia y como se desarrolla

PUERPERIO

- La relación con la pareja, antes/durante/actualidad.
- Relación con la familia de origen/pareja.
- Apoyos familiares o de amistad efectivos.
- Asistencia a grupos de madres/pp/lactancia.
- Situación socio laboral.
- etc

ACTITUD DE AYUDA Y ACOMPAÑAMIENTO

Ayudar a la adaptación de las madres y los padres a esta nueva etapa:

- **Prever esta nueva situación y buscar ayuda ante los cambios que se** producen.
- **Reflexionar sobre las dificultades, los retos y la felicidad que puede** proporcionar el nacimiento de una criatura.
- **Potenciar el sentido común y la capacidad de aprendizaje, así como** el sentido del humor para superar las diferentes situaciones que se plantearán con el crecimiento de la criatura.

Creando un ambiente de acogida cálido y que permita la intimidad y la confianza.

- Empatía/escucha activa.
- Dejarle expresar sus sentimientos y vivencia.
- Proporcionarle estrategias para mitigar el cansancio y e aislamiento
- Recomendaciones para la gestión de las visitas.
- Comunicarse de forma positiva con las personas de su entorno más cercano.
- Intenta establecer prioridades en las rutinas cotidianas, pedir la ayuda que necesiten tanto en tu entorno como a tu matrona.
- Seguir un ritmo vital adaptado a sus necesidades, sin exigencias ni presiones.

ACEPTAR, SIN JUZGAR
LOS DIVERSOS MODELOS

- Quien continúa ejerciendo la maternidad/paternidad como hicieran las madres y abuelas o padres y abuelos.
- Quien asume la maternidad en solitario.
- Las mujeres que por decisión propia deciden hacer un paréntesis en su vida laboral o dedicar más tiempo del que la legislación actual otorga (permiso por maternidad).
- La pareja que se reparte el permiso maternal y que él cuida durante una parte del tiempo de la criatura.
- Las que priorizan su vida profesional y reanudan ésta en cuanto pueden.
- El de las mujeres y hombres que buscan la forma de conciliar la vida profesional sin renunciar a la maternidad/paternidad.

CONTEMPLAR LO HABITUAL DE LOS SENTIMIENTOS AMBIVALENTES

Éste, como todos los cambios importantes de nuestra vida, necesita tiempo, cuidado, sostén y acompañamiento.

Se puede estar feliz por el nuevo proyecto de vida y, a la vez, sentir la nostalgia de lo que ya nunca volverá a ser.

Que conozcan posibilidad de la tristeza postparto y su sintomatología:

- Labilidad emocional
- Irritabilidad
- Llanto fácil
- Ansiedad generalizada
- Trastornos del sueño y del apetito.

- Aparece a partir del 3er-4º día y remite sobre el día 10.
- Suele producirse por cansancio, falta de sueño y la propia adaptación a la nueva situación.

- No requiere tratamiento. Si no desaparece, consultar con la matrona.
- El apoyo familiar será muy recomendable, así como tu descanso y una buena dieta para recuperar fuerzas.

DARSE TIEMPO

- Comer bien y bebé abundante agua. Esto ayudará al cuerpo a que se recupere del esfuerzo del embarazo y del parto.
- Procurara consumir alimentos ricos en fibra para prevenir el estreñimiento y aliviar las posibles hemorroides.
- Descansar y cuida el aspecto personal, le ayudará a aumentar su autoestima y la sensación de seguridad.
- Pasea a diario, es un buen ejercicio para, le ayuda a desconectar de la rutina diaria y es un buen estímulo para el bebé.

- Si dolor el calmante indicado y la dosis adecuada.
- Pide ayuda cuando la necesites. Explicar a las personas que ayuda lo que se necesita exactamente.
- Ponerse en contacto con la matrona para facilitar la recuperación e informarse sobre las actividades que oferta.

RELACIONES ERÓTICAS

- El tacto, los besos, las caricias son alimento necesario en esta etapa para sentirse cerca, para dar y recibir amor y unen a la pareja.
- Ir adaptándose a los cambios del deseo.
- Facilitarles estrategias sexológicas.
- Posponer el coito en parejas heterosexuales, hasta que la mujer quiera y posturas que a ella se sean mas favorables.

DEPRESION PUERPERAL

Afecta al menos 10%

- Se desconocen las causas exactas.

- Cambios hormonales.
- Otros factores.

-Cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto

-Cambios en las relaciones laborales y sociales

-Tener menos tiempo y libertad para sí misma

-Falta de sueño

-Preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre

PUEDEN PREDISPONER

- Tener menos de 20 años.
- Consume alcohol, alucinógenos o fuma.
- Embarazo no deseado o sentimientos contradictorios acerca de éste.
- Tener depresión, trastorno bipolar o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior.
- Vivir un hecho estresante durante el embarazo o el parto un parto difícil, o prematuro o una enfermedad o anomalía congénita en el bebé.
- Familia res que haya experimentado depresión o ansiedad.
- Tiene una mala relación con la pareja o no tenerla.
- Tener problemas financieros o de vivienda.
- Poco apoyo de la familia o de la pareja.

TRISTEZA PUERPERAL

- Sentimiento de ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud son comunes en las dos primeras semanas después del embarazo.
- Casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento.

SINTOMAS

Son los mismos que los síntomas de la depresión que ocurre en otros momentos en la vida.

- Agitación e irritabilidad
- Cambios en el apetito
- Sentimiento de inutilidad o culpa
- Sentirse retraída o desconectada
- Falta de placer o interés en todas o en la mayoría de las actividades
- Pérdida de la concentración
- Pérdida de energía
- Problemas para realizar las tareas en el hogar o el trabajo
- Ansiedad considerable
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Dificultad para dormir

SINTOMAS

- Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebé.
- Sentir temor de quedarse sola con el bebé.
- Tener sentimientos negativos hacia el bebé o incluso pensar en hacerle daño. (Aunque estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan).
- Preocuparse intensamente por el bebé o tener poco interés en él.

DIAGNOSTICO

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS).

Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto.

- 1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- 2. Tienen que responder las diez preguntas.
- 3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- 4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- 5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto.

Pautas de evaluación

- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
- Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
- Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.
- Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es haran necesariasevaluaciones adicionales inmediatamente

¿…Otros Puerperios….?

- Gestación Subrogada
- Pareja homosexuales.
- Adopciones de bebés.
- Familias puente/ adopción.
- Acogimientos……

GRACIAS