

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs–

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO”

HEIDDY MAGALI REYES MORALES

GUATEMALA, JULIO DE 2013



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

HEIDDY MAGALI REYES MORALES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, JULIO DE 2013

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. Below the shield are two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin motto 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM ALEN SIS INTER'.

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia

SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal

Edgar Alejandro Cordon Osorio

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 53-12
CODIPs. 1184-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

16 de julio de 2013

Estudiante
Heiddy Magali Reyes Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO NOVENO (19º) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL TRECE (28-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de julio de 2013, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Heiddy Magali Reyes Morales

CARNÉ No.2007-20018

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Victoria Estrada y revisado por la Licenciada Iris Janeth Nolasco Molina. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

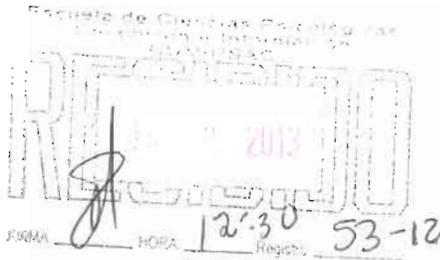
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



gaby



CIEPs 457-2013
REG: 053-2012
REG: 205-2012

INFORME FINAL

Guatemala 05 de julio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Iris Janeth Nolasco Molina ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO.”

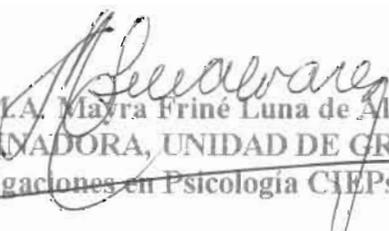
ESTUDIANTE:
Heiddy Magali Reyes Morales

CARNÉ No.
2007-20018

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 27 de junio del presente año y se recibieron documentos originales completos el 04 de julio, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Alvarez
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs, “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis

CIEPs. 458-2013
REG 053-2012
REG 205-2012

Guatemala, 05 de julio 2013

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO.”

ESTUDIANTE:
Heiddy Magali Reyes Morales

CARNÉ No.
2007-20018

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 11 junio del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Iris Janeth Nolasco Molina
DOCENTE REVISORA



Arelis./archivo

Amatitlán 15 de abril de 2013.

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora de la Unidad de Graduación
Centro de Investigaciones en Psicología - CIEPs
"Mayra Gutiérrez" - CUM -

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del contenido del Informe Final de investigación titulado "*Alteraciones del Estado de Ánimo en Mujeres de Postparto*" realizado por la estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología:

HEIDDY MAGALI REYES MORALES Carné No. 2007 20018

El trabajo fue realizado a partir de: 24 de abril de 2012 hasta el 15 de abril de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Asesor de Contenido
Victoria M. Estrada-R.
Psicóloga
Colegiado No. 1146

Amatitlán, 31 de octubre de 2012
Oficio No. 441/2012

Licenciado

Marco Antonio García Enriquez

Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPS- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Estimado Lic. García:

Por medio de la presente me dirijo a usted, deseando que las actividades cotidianas sean exitosas. El motivo de la misma es para informarle que la estudiante **Heiddy Magali Reyes Morales, carne 200720018** realizó en esta Institución su trabajo de tesis titulado: **"Alteraciones del estado de ánimo en mujeres de postparto"** en los meses comprendidos de agosto, septiembre y octubre del año en curso en horario de 3:00 a 4:00 p.m., y de lunes a viernes misma que desarrollo en el Servicio de Postparto.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación; por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra Institución.

Atentamente,



Dr. Renato Estrada Chinchilla
Director Ejecutivo



RECH/chg
cc: archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR

HEIDDY MAGALI REYES MORALES

VICTORIA MAGALY ESTRADA RODAS

PSICÓLOGA

COLEGIADO 1146

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme dado la vida y permitirme lograr mis objetivos, guiándome en cada paso que doy en la vida.

A MIS PADRES

Marta Morales y Héctor Reyes.
Quienes son el pilar fundamental en mi vida, por apoyarme y brindarme incondicionalmente su esfuerzo, sacrificio, valores, consejos y motivación. Para ellos mi amor y respeto.

A MIS HERMANOS

Byron Reyes y Giovanni Reyes
Por confiar en mí y apoyarme en todo momento. Con sus consejos me ayudan a afrontar los retos que se presentan. Mi sincero agradecimiento.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS

Por su apoyo moral y ayuda constante.

AGRADECIMIENTOS

A:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN

LICDA. IRIS JANETH NOLASCO MOLINA

Por su orientación y dedicación en la revisión de la investigación.

LICDA. VICTORIA MAGALY ESTRADA RODAS

Por su amistad, apoyo e instrucción en el proceso de investigación.

M.A. EDGAR ARNOLDO LARIOS OVANDO

Por su dedicación, apoyo y ayuda incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	1
Prólogo.....	2
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	
1. Introducción.....	5
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	6
1.1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.1.2 Marco teórico.....	8
1.1.2.1 Maternidad.....	8
1.1.2.1.1 Influencia del nivel subjetivo y social de la mujer.....	11
1.1.2.1.2 Posturas ante la maternidad.....	13
1.1.2.1.3 Influencia de la maternidad en la relación de pareja.....	16
1.1.2.2 Embarazo.....	18
1.1.2.2.1 Trimestres del embarazo.....	18
1.1.2.2.1.1 Primer trimestre.....	18
1.1.2.2.1.2 Segundo trimestre.....	19
1.1.2.2.1.3 Tercer trimestre.....	20
1.1.2.2.2 Cambios emocionales en la embarazada.....	20
1.1.2.3 Parto.....	21
1.1.2.3.1 Hormonas.....	22
1.1.2.3.2 Hormonas sexuales.....	22
1.1.2.3.3 Estrógenos.....	23
1.1.2.3.4 Progesterona.....	24

1.1.2.3.5	Alteraciones en los niveles de estrógenos y progesterona	24
1.1.2.4	Puerperio.....	25
1.1.2.4.1	Cambios anatómicos y fisiológicos.....	26
1.1.2.4.2	Cambios en el estado emocional.....	27
1.1.2.5	Estados de ánimo.....	28
1.1.2.5.1	Trastornos del estado de ánimo.....	30
1.1.2.5.2	Trastornos afectivos en el postparto.....	30
1.1.2.5.3	Disforia.....	31
1.1.2.6	Disforia postparto.....	32
1.1.2.6.1	Causas.....	34
1.1.2.6.1.1	Biológicas y químicas.....	34
1.1.2.6.1.2	Psicológicas.....	34
1.1.2.6.1.3	Psicosociales.....	35
1.1.2.6.1.4	Sociodemográficas.....	35
1.1.2.6.2	Síntomas que caracterizan a una mujer disfórica.....	35
1.1.2.6.3	Cuadros clínicos posteriores.....	36
1.1.2.6.3.1	Depresión postparto.....	37
1.1.2.6.3.2	Psicosis postparto.....	39
1.1.3	Delimitación.....	41
 CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS		
2.1	Técnicas.....	42
2.2	Técnicas de análisis estadístico.....	42
2.3	Instrumentos.....	43

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población..... 44

 3.1.1 Características del lugar..... 44

 3.1.2 Características de la población..... 44

3.2 Análisis cualitativo..... 45

3.3 Análisis cuantitativo..... 47

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones..... 53

4.2 Recomendaciones..... 54

Bibliografía..... 55

Anexos

RESUMEN

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MUJERES DE POSTPARTO”

Autora: Heiddy Magali Reyes Morales

El objetivo general de esta investigación fue describir las alteraciones en el estado de ánimo de las mujeres luego del parto, específicamente la disforia postparto, dado que, durante ese momento y en su manejo posterior es cuando se marca el inicio de un nuevo espacio donde la madre estará sometida a muchos cambios tanto fisiológicos como psicológicos que repercutirán directamente en su estado de ánimo.

Dicha investigación dio a conocer los efectos de la disforia postparto al igual que los factores de riesgo que la causan. Así mismo se establecieron los síntomas que caracterizan a una mujer disfórica y los cuadros clínicos posteriores. Todo lo anterior con la finalidad de dar respuesta a las interrogantes que se plantearon y con ello corroborar a nivel de los especialistas en psicología los factores que intervienen en su identificación y diagnóstico.

La indagación se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Nacional de Amatlán ubicado en el municipio de Amatlán, durante un periodo de tres meses, con una población de mujeres de postparto comprendidas entre las edades de 18 a 25 años, de la sala de maternidad.

Se recolectó información mediante la utilización de un cuestionario de nueve preguntas que fue aplicado a las mujeres durante el periodo de postparto, así mismo, un cuestionario para médicos y enfermeras de la sala antes mencionada; con el propósito de poder sustentar el problema objeto de estudio. Por ello, se requirió el uso de las técnicas de observación y muestreo para recabar la información de forma pertinente y concisa.

Se utilizaron diversas posturas teóricas, dentro de ellas los argumentos de Marta Sadurní (2008) quien dice: *“el nacimiento del bebé cambia el ritmo de vida de los padres de muchas formas, pero tales cambios afectan en mayor medida a la madre. A ella le suceden cambios hormonales, físicos, bioquímicos, además de psicológicos”*. (p.65)

PRÓLOGO

Cuando un profesional de la psicología piensa en algún área del comportamiento para su estudio acuden a su pensamiento una serie de ideas desde las más simples hasta aquellas que enarbolan la bandera de lo melogalomaníaco, esto último dicho por supuesto de una manera figurada. Pero hoy una agente de la salud mental dispone revisar justo al poco tiempo del alumbramiento, un hecho que surge en algunas féminas, un trastorno del estado de ánimo conocido como disforia postparto, el hecho de traer en su naturaleza de origen, el privilegio de dar a luz es el predisponente de la alteración a revisar. Para formarse una idea acerca de esta disfunción se pide al lector realice un breve esfuerzo para tomarse un tiempo y examinar la presente investigación.

Para empezar con el tema directamente hablaré del significado de alteración y del otro concepto involucrado en la investigación, ánimo; una alteración para todos es sabido, es aquella circunstancia que interrumpe el funcionamiento de la persona en su cotidianidad o vida ordinaria. El ánimo puede describirse como la condición específica en cuanto a los estímulos que se reciben del medio y su respuesta de agrado, indiferencia o desagrado que estos puedan provocar. La investigación centra particularmente su atención en la disforia postparto; qué es esto, se está hablando, justo de una alteración en el psiquismo que interviene su espacio por un tiempo y además provoca desajustes en el accionar de una mujer que recién ha dado a luz, con algunas posibles repercusiones para el recién nacido. A la fecha este fenómeno ha sido visto por profesionales de la medicina, personal de enfermería, familiares cercanos, también como algo que muestran algunas mujeres y otras no, simplemente han llegado al acostumbramiento de la aparición de este fenómeno y no le dan la atención que se merecería, esto desde luego no va en descrédito de los profesionales de la salud, simplemente lo observan como parte del proceso postparto en algunas mujeres puesto que no todas lo van a exhibir.

Es importante hacer notar que la díada cuerpo-psique, posee una consonancia armónica a tal grado que las interferencias en uno de los dos altera en mayor o menor grado al otro, solo cuando el equilibrio entre ambos se

mantiene la persona conserva un estado de ánimo eutímico o en términos simples puede mencionarse la manera, como generalmente se ha comportado la persona y no han aparecido indicios de algún desajuste en la conducta.

De unos cuantos días para unas dos semanas aproximadamente la disforia postparto puede considerársela “normal”, solo hay que facilitar a la nueva madre el cambio que implica el cuidado de un hijo, ahora fuera del vientre materno, además deberá establecer los vínculos afectivos y cuidados que implican, haber dado vida a un nuevo ser. Este síndrome en su base obedece a un proceso químico hormonal, que se ve acompañado por cambios en el estado de ánimo susceptibles de presentarse de forma muy particular de acuerdo a su personalidad y condición biopsicosocial.

Cómo puede identificarse este tipo de trastorno, algunos de los síntomas son: tristeza, llanto, labilidad o dicho de otra forma cambios rápidos del humor, que se acompañan por su imprevisibilidad, risas inapropiadas, anergia; generalmente las respuestas emocionales adquieren la categoría de exageración. El proceso de adaptación en sus fases: engendrar, llevar el embarazo a término, dar a luz, iniciar el amamantamiento cuando es factible, continuar la crianza, es un cambio radical en la cotidianidad de la madre novel, todo lo anterior puede dar pie al aparecimiento de la disforia postparto. Sin embargo el apoyo de la pareja o en su defecto de la familia favorece a que, la sintomatología de la disfunción amaine y el proceso de adaptación llegue a un final feliz para todos pues el ambiente familiar se verá afectado severamente si no se le da la atención pertinente a la persona.

En Guatemala falta un trecho que recorrer para el abordamiento psicológico de las enfermedades físicas con la intervención directa del psicólogo clínico, quien como profesional, cuenta con los conocimientos para orientar los casos y ayudar en la recuperación de la persona, en esta investigación aparecen las experiencias de aquellas mujeres que han decidido o no engendrar una criatura, entiéndase esto último cuando esperar un hijo no estaba en los planes de una mujer y se vio obligada a soportar el embarazo durante nueve meses, pueden mencionarse aquí los casos de violación.

Los resultados de la investigación arrojan datos relacionados con el apareamiento de unos cuantos síntomas que no llegan a encajar dentro de un diagnóstico clínico de disforia postparto, para considerarse como una alteración en el estado de ánimo incapacitante en la muestra de población estudiada.

Pero aun así con los datos encontrados debe tomarse en cuenta la personalidad, pues de esta dependerá su capacidad psíquica a desplegar para conseguir el papel de una madre sana mentalmente y la energía suficiente que le permita atender las necesidades de ambos.

Es importante dejar constancia de la apertura y facilidades proporcionadas por las autoridades médicas del Hospital Nacional de Amatlán al realizar esta investigación.

Por último agradecer a todas aquellas mujeres que tuvieron la paciencia y disposición, un día después del parto, para proporcionar la información requerida en la realización de este trabajo.

Edgar Arnoldo Larios Ovando.,
M.A.
Psicólogo Clínico

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El hecho de tener la libertad de ser madres, genera en las mujeres primerizas, comprendidas entre las edades de 18 y 25 años, un estado de ánimo de alegría que en muchas ocasiones se ve obstaculizado a consecuencia de factores ambientales y fisiológicos, que surgen luego del parto. Muchos de estos síntomas son pasados por alto o clasificados dentro de patologías mayores.

Como es sabido, la felicidad que llega luego de tener un hijo es una de las características de la futura madre y por ello los síntomas negativos que pueda llegar a presentar, alteran la armonía entre ella y su bebé, como también, rompen los esquemas previamente establecidos. Por lo mismo muchas de las madres, prefieren silenciar estos sentimientos poco favorecedores por diversas circunstancias, entre ellas el miedo, o también prefieren centrarse en el bienestar de recién llegado, desvalorizando de esta forma sus sensaciones y experiencias.

Con este proyecto de investigación se procuró que las pacientes primerizas comprendidas entre las edades de 18 a 25 años que asistieron al Hospital Nacional de Amatlán, pudieran expresar su verdadera condición anímica por medio de la aplicación de un cuestionario que se enfocó en indagar la sintomatología que las caracterizaba en ese preciso momento.

Los datos que se consiguieron luego de recolectar la información, fueron analizados para obtener resultados concisos y con ellos poder formular conclusiones y recomendaciones prácticas.

Se espera que este trabajo contribuya en gran medida a todos los profesionales en psicología, para que se pueda realizar un diagnóstico preciso de la disforia postparto y se evite encasillarlas dentro de la categoría de depresión o psicosis postparto; e indirectamente mejorar la atención de aquellas pacientes con mayor riesgo de desarrollarla, logrando optimizar la ayuda brindada mediante la utilización de medidas terapéutica oportunas.

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1. Planteamiento del problema

La maternidad como uno de los objetivos que una mujer trae consigo en su naturaleza, la hacen contar con un privilegio, pasar por el proceso de concepción, llevar a un ser dentro del vientre materno y dar a luz cuando el tiempo ha llegado para traer un nuevo ser a este mundo. En la actualidad es fácil ver como la mujer puede tomar la decisión de ser madre o no, ya no es una obligación simplemente es un derecho que hará valer o no según las circunstancias del momento.

Como lo indica la construcción histórica de la maternidad, esta abarca no sólo la condición puramente biológica sino también condiciones culturales, sociales, económicas, entre otras. Según el psicoanálisis la maternidad no es un hecho propiamente natural sino histórico que se va formando desde pequeñas, en base a la relación establecida con sus propios padres, especialmente con la madre y que lleva un largo proceso a través de su historia.

En lo que se refiere a las mujeres que deciden tener un bebé, la emoción y luego el sentimiento que surge a consecuencia de ello, hace que experimenten sensaciones gratificantes y únicas en las distintas esferas que las conforman, sobrellevando fácilmente las sensaciones desagradables a nivel psicológico y fisiológico que ello también provoca.

Sin embargo, no todas las situaciones son completamente positivas para la futura madre, ya que en algunas, luego de haber tenido a su bebé, surgen condiciones poco favorables que afectan tanto lo emocional y conductual como su psiquismo.

El momento luego del parto y su manejo posterior marcan el inicio de un nuevo espacio donde la madre estará sometida en cierta medida a muchos cambios psicosociales en su vida, ya no será igual que antes, pues la responsabilidad de haber traído un hijo al mundo promueve un cambio en su vida ordinaria y cotidiana.

Por ello, dada la frecuencia de pacientes que son atendidas en la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán, fue oportuno realizar la

investigación sobre la disforia postparto ya que se observó que las madres primerizas no contaban con suficiente información sobre la posible sintomatología que pudieran experimentar tras el nacimiento de su bebé, ocasionándoles problemas al callar su estado de ánimo y verlo como atípico. Dicho proyecto se realizó con mujeres primerizas comprendidas entre los 18 a 25 años de edad, en la institución hospitalaria antes mencionada y el trabajo de campo abarcó un periodo de tres meses.

Como hace mención la psicoanalista Mariela Michelena (2002), *“si la madre está preocupada o deprimida, no tiene disposición para detenerse a contemplar al bebé y no llega a entender cómo éste se siente”*. (p.32)

Se hizo referencia a ese tipo de alteración en el estado de ánimo de la mujer, ya que no todas ellas durante el postparto llegan a tener un adecuado equilibrio emocional y psicológico, ocasionando de esta forma que todo ese estado de ánimo de felicidad que las ha embargado durante mucho tiempo, se vea mermado, surgiendo con ello consecuencias poco favorables específicamente para las madres.

Todos esos cambios tanto fisiológicos como psicológicos repercuten en el estado de ánimo de la madre y es precisamente durante el periodo del postparto cuando se ven expuestas estas alteraciones, situándose justamente aquí lo que se conoce como disforia postparto. Entiéndase disforia como un estado normalmente pasajero que conlleva cambios bruscos del humor y de corta duración, según lo proponen los médicos en psiquiatría Enrique Álvarez y Cristobal Gastó.

En virtud de lo anterior y frente a dicha realidad, el presente proyecto se orientó al análisis de la literatura, preguntándose qué es lo que sucede con el estado de ánimo de las mujeres durante el postparto, y por lo tanto, buscó responder a las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las causas que influyen en la aparición de la disforia en el postparto, cuáles son los síntomas que presentan las mujeres luego del postparto y cuáles son las consecuencias a largo plazo de la disforia postparto?

1.1.2. Marco teórico

1.1.2.1 Maternidad

La maternidad no se refiere al hecho físico de ser madre sino, a los sentimientos que se supone una madre debe de tener con respecto a sus hijos, sentimientos que varían considerablemente según la personalidad de cada mujer y según la expectativa de vida de sus hijos. El desarrollo de la maternidad ha ido modificándose en cada sociedad en forma uniforme así pues, los valores e ideología de cada generación se comparten de tal manera que se puede hablar de valores culturales y a veces, universales. En este sentido, la imagen de la madre se ha modificado con el tiempo, sin embargo, permanece con atributos ancestrales, los cuales se pueden confirmar con la experiencia de cada una de las mujeres que son madres. Cuando estos valores son olvidados o han sido distorsionados pueden crear un conflicto en el individuo o una crisis en la sociedad. Por una parte, aunque la maternidad está implícita en la biología femenina,

“el esquema que se ha inculcado sobre el papel de la madre provoca más que anhelo, temor al llegar a atribuirle adjetivos como dulce, sacrificada, ejemplar, delicada, certera, estable, entre otros, y que si bien han representado el orgullo de innumerables generaciones de mujeres, también ha provocado frustración en otras que se sienten incapaces de cumplir estas expectativas, y no por ser malas madres sino porque es imposible que un ser humano pueda cubrir todos estos atributos”.¹

El adjetivo malas madres simplemente trata de describir la situación, sin emitir un juicio de calidad sobre el papel de una madre. La verbalización de temores y ansiedades en relación con la maternidad no son frecuentes, porque la culpa extrema por no estar haciendo las cosas bien con los hijos invade de forma masiva a la mujer, y paralelamente, se percibe una adaptación ciega a mensajes de carácter contradictorio, tales como dedicarse tiempo a sí misma, dedicarse al trabajo, crear un hogar perfecto. La maternidad implica una construcción que se inicia mucho antes de llegar a enfrentarse a una decisión en

¹ Orozco Gabriela, 2005, Madre solo hay una: sobrevivir la maternidad y no morir en el intento, ediciones Quarzo, pp. 13.

cualquier sentido. Los denominados roles de género están en continua dialéctica con la herencia psicológica familiar, es decir, la historia de cada familia; sus vivencias, anhelos, temores y frustraciones forman un entramado con el discurso social de cada momento histórico que conforma la percepción subjetiva.

Una de las ideas más profundamente arraigadas es que el núcleo de la diferencia entre mujeres y hombres, reside en el hecho de que la mujer es la encargada de la reproducción y de la crianza y la mayor parte de la primera socialización de los niños pequeños. Por ello, a la maternidad le han atribuido el origen de las características psicológicas más estables en la mujer y de la desigualdad entre los géneros.

Uno de los postulados de la psicología femenina hace referencia al hecho de que las mujeres son responsables del cuidado temprano de los niños y que por lo tanto, la primera figura de identificación sea femenina. Esto tiene una importancia central en la configuración psíquica humana y es allí en donde se encuentra el origen de las diferencias psicológicas entre mujeres y hombres, explicando de cierta forma los rasgos distintivos de la femineidad.

A lo largo de la historia, la maternidad no ha sido cuestionada, la mujer era madre como consecuencia de su propia naturaleza biológica y la división de roles estaba rígidamente definida. El hombre, en contacto con el mundo externo, asociado a las luchas y a la conquista; la mujer, en el espacio interior doméstico, dedicada a la reproducción y a la crianza de los hijos.

Durante los años setenta y ochenta, el pensamiento feminista sufrió un cambio teórico: la posición de subordinación de las mujeres se identificó con su rol maternal. Se desarrollaron modelos teóricos para explicar la aceptación por parte de las mujeres de ese rol y participar así de su propia opresión. Hubo dos amplios enfoques explicativos de las razones por las que las mujeres estaban dispuestas a aceptarlo, uno ideológico y otro psicosocial.

El primero se apoyaba en la noción de que las madres debían ser responsables de la crianza de sus propios hijos. La función maternal se consideraba tediosa y extremadamente exigente, valiosa, pero con frecuencia extenuante y emocionalmente agotadora. Además, limitaba las posibilidades de

la madre para entrar en la vida pública y lograr una mayor realización personal. Los dogmatismos sobre la buena madre, hacen referencia a aquellas creencias que inhiben los intentos de la mujer para organizar medios alternativos para el cuidado de sus hijos, que podrían aliviar el peso de su función maternal y permitirle conseguir un cierto grado de independencia. Esto demuestra lo útil que es aplicar el pensamiento crítico sobre la autonomía de la mujer al análisis de la actividad maternal. Wearing (1997) apoya el modelo trascendente de lo humano y según esto *“valora la función maternal en relación con su poder para inhibir los esfuerzos de las mujeres para controlar las instituciones sociales y conseguir su independencia y realización en la vida pública”*.²

En el segundo, el cuidado maternal es una disciplina que incluye juicios de éxito y fracaso. En una forma especial de racionalidad, que considera a la madre como un agente crítico, estableciendo criterios para determinar el éxito y el fracaso.

Sin embargo, aunque se niegue que la descripción del pensamiento maternal sea algo culturalmente específico, existe el peligro de que dicho concepto se entienda como universal, y por tanto natural o como un atributo esencial de las mujeres. Es decir este enfoque sostiene el punto de vista crítico sobre la autonomía de las mujeres, aunque dicho concepto este completamente sujeto a otra perspectiva que llega a considerar cómo la autonomía de los hijos se estructura en relación a la de la madre.

A pesar de los cambios que otorgan un lugar distinto a la mujer de la sociedad actual, de momento esto únicamente hace referencia a una mayor capacidad de independencia. Existen indicadores en relación con el uso de la libertad, incluida la de ser madre o no, donde se demuestra que va más allá de la voluntad consciente. Estos procesos psíquicos requieren un tiempo para desarrollarse y en ocasiones no van estrechamente relacionadas con las transformaciones sociales. Es decir que la madre actual se encuentra en una encrucijada entre los esquemas que haya podido ir tejiendo desde su propia historia como mujer y los valores sociales de épocas anteriores.

² Everingham Chistine, 1997, Maternidad: autonomía y dependencia, ediciones Narcea, 2ª edición, pp. 27.

Para entender cómo surge el deseo o la necesidad de ser madre, se deben de considerar dos factores fundamentales vinculados entre sí. Cada mujer es hija de una madre, la madre es el primer espejo en el que se miran los hijos, con la característica que en el caso de las hijas la función especular permanece más allá de las etapas básicas de la constitución del yo. La madre transmite a sus hijas, directa o indirectamente la idea de que sí vale la pena ser madre y el por qué.

Por otro lado, la sociedad a través del conjunto de valores, mandatos, idealizaciones, se encarga de reafirmar, acelerar procesos, negar o reprimir, en función de cada situación. Lemonine (1996) comenta:

*“la relación con el espejo en el que se mira la niña a través de su madre no finaliza, en realidad, nunca. A diferencia de lo que ocurre en el caso del niño, para la niña no hay júbilo frente al espejo, puesto que en ella no habría una construcción de sí misma a partir de la imagen corporal, sino una captación. La niña entra en el espejo y no sale nunca de él, el ideal que se ve en su madre es ella misma”.*³

Es decir, existen dos razones por las cuales las relaciones madre-hija son fundamentales: cada madre afectiva o madre en potencia es hija de una mujer y cada niña podrá potencialmente ser madre. Así, el acceso y ejercicio de la maternidad ya incluya gestación, embarazo y parto o bien se produzca mediante procesos de adopción, incluirá inevitablemente la historia de vínculos con la figura materna.

1.1.2.1.1 Influencia del nivel subjetivo y social de la mujer

La maternidad como uno de los hechos de mayor significado durante el ciclo vital de la mujer, está sujeta a diversas interpretaciones teóricas y maneras de asumirla. Por su enorme importancia en la vida de las mujeres, la maternidad como hecho biológico y cultural requiere ser comprendida no solo como una decisión o circunstancia individual, sino como un hecho social y como un espacio

³Tubert Silvia, 1996, Figuras de la madre: la sexualidad femenina y su construcción imaginaria, ediciones Cátedra, pp. 29.

tradicional de prestigio y autoafirmación de las mujeres, debido al importante papel que juega en sus identidades y en las relaciones de género.

El significado de maternidad se concibe como un espiral que va de lo individual a lo social, en donde el primero es mediatizado por el segundo, siendo la experiencia y el entorno dentro del cual se presenta, factores determinantes. De acuerdo con Lewin el ambiente que tiene más importancia para la comprensión de la conducta y el desarrollo es la realidad, no tal como existe en el llamado mundo objetivo, sino como aparece en la mente del individuo, siendo relevante hacer referencia al significado que dicha realidad tiene para las personas que están en el entorno. Luria (1999) define como significado:

*“el sistema de relaciones formadas a través de un proceso histórico-social y que se hallan dentro de una palabra, y por sentido de la palabra a su significado individual, es decir al conjunto de enlaces que se generan alrededor de una palabra dependiendo del contexto y el momento en que es utilizada”.*⁴

El significado es el reflejo objetivo del sistema de enlaces y relaciones, y el sentido es la aportación de los aspectos subjetivos del significado, en correspondencia con la situación y el momento dado. El sentido que cada persona le da a una palabra está ligado con su experiencia individual. En conformidad con las ideas anteriores, las madres le dan un significado a la maternidad en dos categorías: una relacionada con lo socialmente aceptado y expresado a nivel de discurso como: algo bonito, feliz, lo más lindo de la vida, un placer maravilloso, lo es todo, es tener con quien compartir, por quién luchar, entre otras. En la segunda categoría están implicadas las dificultades de la ejecución del rol de la madre. Es decir que está relacionada con experiencias individuales y con hechos cotidianos: es una responsabilidad, significa tener los hijos y criarlos, es una tarea complicada, es un aprendizaje constante, etc.

Las mujeres y los hombres actúan como tales en las sociedades no solo por su función biológica, sino por los indicadores sociales y culturales de esa función.

⁴ Rangel Ana L., Sánchez Mireya M. Ligia, Silva Carlos, 1999, Contribuciones a la psicología: el significado de la maternidad, editorial de la Facultad de Humanidades y Educación, 1ª edición, pp. 106.

El significado de maternidad por lo tanto está íntimamente ligado a aspectos prácticos tales como la ejecución de la tarea en sí misma y el desempeño del rol de madre, y a aspectos ideológicos asociados al rol de mujer. Es decir, la maternidad cuyo significado aparece como una construcción social, es producto de factores históricos y de la socialización dada en el seno familiar.

La aproximación a las figuras de la madre se evidencia dado a los siguientes factores:

- Un universo simbólico de categorías y representaciones, que forma parte de un sistema social, político e ideológico históricamente dado y que constituye el contexto en el que se organiza la subjetividad humana.
- La construcción de la subjetividad maternal integra dos dimensiones: por un lado, está situado en el terreno histórico-social, y por el otro, en la literatura y el psicoanálisis que priorizan la singularidad de cada sujeto. Todo esto genera el sentido que tiene la maternidad.

1.1.2.1.2 Posturas ante la maternidad

Las dimensiones de la maternidad se remontan a hechos inmersos en la tradición cultural y filosófica en donde la figura masculina era el centro de la atención y no la matriz femenina; no era el deseo de la mujer lo que se debía de buscar en la generación de nuevos seres humanos, sino la voluntad de un dios todopoderoso ya que era la imagen jerárquica del patriarca, y el ser a quien la mujer debía de pedir un hijo.

Esta operación de apropiación se produjo también en la civilización griega, refiriendo que la mujer imita a la tierra en el proceso de reproducción. La tierra se convierte en modelo de fertilidad y la mujer pasa a un segundo rango, como mera imitadora de la primera. Es decir, se despoja a la mujer de toda relación originaria con la maternidad. Los textos griegos ofrecen un relato de los orígenes en el que están ausentes las mujeres y aparece la concepción de la tierra como factor primordial, es decir que se halla entonces la creencia de una tierra pasiva fecundada por el principio masculino del sembrador.

A esto se añade una distinción entre dos figuras de mujeres, de las cuales sólo una merecía el pleno derecho al nombre de madre, si éste no estuviera reservado para la tierra: la que verdaderamente ha parido, en oposición a la que se ha procurado un niño ajeno.

Según la construcción histórica, la maternidad viene siendo un conjunto de fenómenos de gran complejidad que no puede ser abarcada por una única disciplina, la reproducción de los cuerpos es un hecho biológico que se localiza en el cuerpo de la mujer, pero cuando se trata de la generación de un nuevo ser humano, no es puramente biológico sino que integra otras dimensiones. Es decir que además de las condiciones biológicas de la reproducción sexuada, las condiciones sociales, económicas y políticas de la reproducción de la vida social, configuran la función materna: la división sexual del trabajo propia de toda estructura patriarcal, establece que las mujeres además de la concepción, gestación, parto y lactancia se ocupa casi en exclusiva de la crianza de los niños, que por otra parte no es reconocido como trabajo social.

Por consiguiente, las representaciones o figuras de la maternidad lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que le asigna un significado a la dimensión materna de la feminidad. Pero éste también está determinado por la lucha de fuerzas en juego tanto en la sociedad como en la cultura.

Freud (2010), en su teoría de la salida del complejo de Edipo en la mujer, establecía tres posibles caminos para acceder a la feminidad:

1. *“Lograr la identificación con la madre y que por tanto, tener hijos como ella sea un fin natural.*
2. *Envidiar la posición masculina y negar su feminidad.*
3. *La inhibición sexual. Mantenerse a resguardo de la diferencia entre hombre y mujer”.*⁵

El psicoanálisis ha mostrado que el deseo de hijo no corresponde de ninguna manera a la realización de una supuesta esencia femenina, sino que es propio de una posición a la que se llega después de una larga y compleja

⁵ Gemma Cánovas Sau, 2010, El oficio de ser madre: la construcción de la maternidad, ediciones Paidós, 1ª edición, pp. 31.

historia, en la que el papel fundamental corresponde a las relaciones que la mujer ha establecido en su infancia con sus padres, tanto en el plano de la triangulación edípica como en el de la identificación con la madre. Es decir, el deseo de hijo no es natural sino histórico, generado en el marco de las relaciones intersubjetivas, resultado de una operación de simbolización, por la cual el futuro niño representa aquello que podría hacerla feliz o completa.

La identificación de la maternidad con la reproducción biológica niega que lo más importante en la reproducción humana no sea el proceso de concepción y gestación sino la tarea social, cultural, simbólica y ética de hacer posible la creación de un nuevo sujeto humano. La maternidad no se reduce a la transmisión de un patrimonio genético, sino que se sitúa en el plano de la transmisión simbólica de la cultura. Según M. Michelena (2002):

“a veces, el rostro de la madre no está disponible para servirle de espejo a su bebé. Si la madre está preocupada o deprimida, o su cabeza se encuentra en otra parte, no tiene disposición para detenerse a contemplar al bebé y no tiene espacio mental para mirarlo y entender cómo se siente. A lo mejor cuenta con todo el tiempo físico del mundo, pero no con la disponibilidad y el tiempo interno para ofrecerle su propio rostro”.⁶

Actualmente se reconoce que si la maternidad opera como destino de la feminidad, más que un deseo sería un mandato, con consecuencias en la identidad de la madre como mujer y con repercusiones en la salud psíquica de los hijos. Los hijos captan cuando se encuentra cómoda la madre con su feminidad y es en el periodo de la adolescencia cuando las hijas reactualizan los conflictos no resueltos en la primera etapa de la infancia con la madre. Por ello en la cadena generacional, la tríada abuela-hija-nieta compone la clave de cómo se va transmitiendo el concepto de feminidad.

Desde la perspectiva de la psicología social, la maternidad se estudia como un medio, o como un instrumento; las acciones infantiles expresan una necesidad que la madre tiene que aprender a reconocer y a satisfacer con una

⁶ Michelene M., 2002, Un año para toda la vida, editorial Masson, pp. 33.

respuesta apropiada, definida por la propia cultura. También es indispensable describir como la madre debe ser la cuidadora primaria.

En la interacción materno-infantil el niño tiene la habilidad para influir en la persona encargada de su cuidado, vinculaciones emocionales que se generan en el primer periodo de su vida. Esto quiere decir que los niños son capaces de configurar la conducta de quien se ocupa de su cuidado, por lo tanto, la respuesta de la persona adulta a un bebé en particular se desarrolla durante la interacción con él o ella a lo largo del tiempo. El pediatra D.W. Winnicott acuña la expresión madre suficientemente buena y que después fue adoptada por muchos otros autores, entre ellos Harry Guntrip y Bruno Bettelheim. *“En este modelo se considera a la madre como un facilitador óptimo, que proporciona un ambiente de cuidado y seguridad a sus hijos, y que le minimiza las experiencias emocionales negativas”*.⁷ La madre suficientemente buena conoce instintivamente por empatía, cuáles son las necesidades de sus hijos y adapta su conducta para poder satisfacer estas necesidades según se van desarrollando y manifestando. Al dar por supuesto que las necesidades del bebé son un hecho biológico objetivo, la madre puede crear un ambiente de cuidado casi perfecto, simplemente con la satisfacción de estas necesidades. Es decir que el ambiente de cuidado maternal ideal consta de un entorno en el que las experiencias negativas o malas relaciones objetales de los niños quedan minimizadas. En las relaciones objetales la imagen de la madre suficientemente buena es aquella que minimiza a sus hijos las experiencias emocionales negativas. Este ambiente perfecto lo proporciona la madre que se adapta a las necesidades infantiles según van expresándose y desarrollándose. Su institución maternal reconoce y proporciona lo que el bebé desea y cuando lo quiere.

1.1.2.1.3 Influencia de la maternidad en la relación de pareja

El hecho de convertirse en madre no sólo produce cambios fisiológicos, sino que también lo hace en las relaciones que la madre tiene consigo misma y con el resto de personas. La mujer vive la experiencia de la maternidad en forma

⁷ Marcelli Daniel, 2007, Psicopatología del niño, editorial Elsevier Masson, 7ª edición, pp. 24.

diferente, ya que experimenta cambios en su propio cuerpo, siendo así una serie de transformaciones que inciden en la imagen corporal durante el embarazo. Este conjunto de transformaciones es vivido en forma ambivalente por la futura madre.

En oportunidades se acompaña de sentimientos de desvalorización, sobre todo cuando el embarazo se produce en condiciones difíciles desde una perspectiva psicológica y física. En cuanto al aspecto positivo, el embarazo puede influir significativamente en su desarrollo personal ya que le permite utilizar su espacio interior, es decir aquello que constituye tanto simbólica como biológicamente el eje central de la realización femenina.

El nacimiento de un hijo provoca un cambio de status en la pareja, ya que socialmente surge una nueva categoría, la categoría de padres y con este hecho se da lugar a la familia. Estos cambios inciden de forma directa a nivel personal, porque proveen un nuevo status de identidad.

Con el nacimiento del hijo se producen repercusiones y modificaciones en la pareja teniendo que adaptarse a la nueva situación, aunque resulten complejas y difíciles para ambos. Sumado a ello, están los reajustes necesarios que se imponen por la presencia del nuevo miembro en la familia, el que provoca que la díada hombre-mujer de lugar a la tríada madre-hijo-padre, circunstancia que incide en la personalidad de los integrantes de la pareja. En la mayoría de los padres se suele presentar una disminución momentánea de la autoestima producto de los reajustes de la pareja para asumir los nuevos roles.

La llegada del hijo también repercute en la vida cotidiana de los padres por las demandas de cambios, las que a veces resultan muy significativas. La presencia de la maternidad suele ser considerada como un momento crucial en la vida de la pareja. Momento crucial que conlleva conflictos y crisis, por ello si una pareja arrastra problemas importantes de convivencia, la llegada del hijo no salva ni repara la relación, sino que por lo general la agudiza y acentúa.

Las condiciones que han acompañado al nacimiento del hijo pueden facilitar o dificultar la relación de pareja, es decir, si el embarazo ha sido deseado la pareja se ha preparado psicológicamente y ha analizado los pros y los contra.

Otros factores importantes son la edad de la pareja y el tiempo que llevan de convivencia. La mayor edad de la mujer no es un indicador de mayor seguridad al momento de afrontar la maternidad. Por lo general las madres de más edad resultan más exigentes, más temerosas, por cuanto la decisión de tener un hijo ha sido muy meditada.

La maternidad está acompañada de cambios significativo en la relación de la pareja pero por lo general, las parejas que presentan una alta satisfacción conyugal antes del nacimiento del bebé, continúan teniendo mejores relaciones de pareja una vez producido el nacimiento.

1.1.2.2 Embarazo

El embarazo empieza cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide. Cada óvulo liberado sigue un camino fijo: sale del ovario, recorre la trompa de Falopio y si no es fecundado, ingresa al útero y es expulsado junto a otros tejidos con el período menstrual de ese mes. Se produce una situación diferente cuando el óvulo se encuentra en la trompa de Falopio y es fecundado por un espermatozoide, es aquí en donde da comienzo el embarazo.

1.1.2.2.1 Trimestres del embarazo

El embarazo que dura aproximadamente cuarenta semanas se puede dividir en tres trimestres. Durante ellos el bebé se va desarrollando y para hacerlo necesita el sistema de apoyo vital que está conformado de la siguiente manera:

- *“La placenta: órgano encargado de producir hormonas, intercambiar elementos de nutrición y de desecho, y permite el paso de oxígeno y anticuerpos maternos al bebé.*
- *Las membranas: revisten el útero y forman la bolsa que contiene líquido amniótico que sirve para el alojamiento y el desarrollo del bebé.*
- *El líquido amniótico: mantiene una temperatura constante, recibe las sustancias excretadas por el feto y durante el parto proteger la cabeza del bebé.*

- *El cordón umbilical: unen al feto a la placenta y es el encargado de transportar la sangre*.⁸

1.1.2.2.1.1 Primer trimestre

Este período inicial es el característico de las náuseas y vómitos. También es posible la presencia de otros síntomas que comprueben el embarazo como ausencia del período menstrual, pesadez, cansancio, entre otros. Durante las primeras cuatro semanas el cuerpo femenino sufre una serie de modificaciones, todo ello para albergar y alimentar al bebé en crecimiento. Es aquí cuando comienza a formarse la placenta y el cordón umbilical.

Primer mes: comienza el desarrollo del corazón, los pulmones, el sistema nervioso, la médula espinal y el sistema gastrointestinal. Hacia finales de la tercera semana, el corazón comienza a latir.

Segundo mes: el líquido amniótico protege al bebé y lo mantiene a una temperatura constante y conveniente. Empieza a conformarse la cara, las orejas y la boca. Se está formando el cerebro. Los brazos y las piernas se mueven.

Tercer mes: ya es considerado un feto. Los dedos de las manos y pies están perfectamente formados. Puede mover los dedos de los pies. Ya se han conformado las huellas digitales. Puede orinar, succionar, tragar y sonreír.

1.1.2.2.1.2 Segundo trimestre

Suele ser la etapa placentera del embarazo. Entre el cuarto y quinto mes se comienzan a sentir los movimientos del bebé.

Cuarto mes: la placenta cumple funciones nutricionales, respiratorias, excretorias y endócrinas. La cabeza es todavía grande con relación al resto del cuerpo. Su piel es delgada y transparente. Se están formando las uñas. Comienzan a crecer las pestañas y cejas. Ya tiene movimientos coordinados y puede darse vuelta. Comienza a percibir la luz y los sonidos. Desarrolla las papilas gustativas.

⁸ Berger Kathleen, 2007, *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*, editorial Médica Panamericana, 7ª edición, pp. 22.

Quinto mes: los ojos ya están perfectamente desarrollados. Se chupa el pulgar. La mayoría de los dientes ya están formados.

Sexto mes: abre los ojos. Su piel está arrugada, ya se ha vuelto opaca y cubierta con una grasa protectora conocida como vérnix (tras el parto el vérnix caseosa actúa como aislante contra la pérdida de calor y la penetración del frío). El intestino almacena meconio (es la primera secreción intestinal del recién nacido). Desarrolla breves períodos de sueño y vigilia.

1.1.2.2.1.3 Tercer trimestre

En este último período el abdomen ya será más que contundente y esto posiblemente traerá problemas para desplazarse y para encontrar una posición cómoda para dormir.

Séptimo mes: se perciben de manera notable los movimientos del bebe, que gradualmente serán cada vez más enérgicos. Comienzan movimientos respiratorios rudimentarios. Sus manos ya están perfectamente formadas.

Octavo mes: tiene cabello en la cabeza. Puede adoptar posiciones similares a las del momento del nacimiento. Responde a los sonidos.

Noveno mes: el volumen del líquido amniótico disminuye. La eficacia de la placenta para cumplir sus funciones decrece. Al término de este período el bebé está listo para nacer.

Es de beneficio la adecuada preparación de la gestante al parto, mediante ejercicios especiales, conocidos como preparación psicoprofiláctica y la explicación del proceso reproductor. El método psicoprofiláctico involucra una respuesta condicionada para el nacimiento del bebé, el aprendizaje de información correcta sobre el parto y la técnica de respiración y relajamiento que permiten a la mujer controlar su parto. Todo esto englobado en lo que se conoce como educación maternal que es un complejo sistema para el dominio del comportamiento básico que debe desempeñar la madre.

1.1.2.2.2 Cambios emocionales en la embarazada

Los cambios de ánimo que experimenta la embarazada son en gran medida fruto de las modificaciones hormonales que se producen en esta etapa. El camino emocional que experimenta, se manifiesta de la siguiente manera:

- Los primeros tres meses se caracteriza por una notable inestabilidad emocional, semejante a la que se puede experimentar antes de las menstruaciones. Esto se debe a los cambios hormonales y al hecho de que a éstos se le suman náuseas y vómitos que con el paso de los días crearán una sensación de cansancio y agotamiento. Es normal la sensibilidad y la experiencia de sentimientos difusos de miedo y aprensión y cambios de humor sin motivo aparente.
- A partir del cuarto mes, es probable que la embarazada se estabilice y no sufra cambios de humor tan repentinos. En esta etapa se comienzan a experimentar dificultades de concentración.
- El último trimestre suele ir acompañado de temores acerca del bebé. La ansiedad también es característica de esta etapa, la cercanía del parto fomenta miedos y fantasías acerca de las anormalidades, enfermedades y capacidad para ser una buena madre.

1.1.2.3 Parto

El parto es considerado como un acto fisiológico, puesto que es la forma natural de reproducción de la especie humana. Se define como *“el período del embarazo caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, que se acompañan de una dilatación cervical evidente y progresiva y que termina con la salida del feto”*.⁹

Resulta complicado establecer el diagnóstico del momento de inicio del parto. Se acepta que el parto se inicia cuando la actividad uterina es regular, considerando como tal que se produzcan un mínimo de dos contracciones de

⁹ Torres Morera Luis Miguel, 2001, Tratado de anestesia y reanimación, ediciones Arán, pp. 670.

intensidad moderada o fuerte cada 10 minutos, y exista una dilatación cervical de 2 cm., por lo menos.

El parto comprende cuatro estadios o periodos que definen el progreso del mismo, desde su inicio hasta las primeras horas del puerperio:

- Estadio 1 o período de dilatación: intervalo entre el inicio del parto y la dilatación cervical completa.
- Estadio 2 o período expulsivo: intervalo entre la dilatación cervical completa y la salida fetal.
- Estadio 3 o período de alumbramiento: intervalo entre la salida fetal y la expulsión de la placenta.
- Estadio 4 o período post-alumbramiento: intervalo entre la expulsión placentaria y la estabilización materna definitiva.

Después del parto, los niveles de las hormonas sexuales, estrógenos y progesterona disminuyen bruscamente en la primera semana. Si la mujer no lacta, los estrógenos aumentan después de la tercera semana y vuelve a la menstruación a las 6-8 semanas. En las mujeres que lactan, la ovulación puede retrasarse hasta el sexto mes.

1.1.2.3.1 Hormonas

Las hormonas son sustancias químicas señalizadoras producidas por células especializadas que forman parte de las denominadas glándulas endocrinas. Las hormonas son vertidas en la sangre y desde allí son transportadas a los órganos efectores, en donde ejercen funciones reguladoras, fisiológicas y bioquímicas.

Las hormonas pueden clasificarse atendiendo a las principales funciones orgánicas que modulan. Hay hormonas relacionadas específicamente con:

- *“Crecimiento y desarrollo: hormona del crecimiento GH...*
- *Procesos digestivos: gastrina, secretina, pancreozimina...*
- *Metabolismo intermediario: insulina, glucagón, cortisol...*
- *Filtración renal: adosterona, vasopresina...*
- *Sexo y reproducción: testosterona, estrógenos, progesterona...*

1.1.2.3.2 Hormonas sexuales

Estas hormonas son poderosas sustancias químicas elaboradas en diversas glándulas endocrinas del cuerpo. Entre las glándulas endocrinas están las gónadas (abarcan los ovarios en la mujer y los testículos en los hombres), la pituitaria, tiroides y las cápsulas suprarrenales. En el hombre, las hormonas folículo estimulante (FSH), como un nombre lo indica, estimula la formación y maduración de espermatozoides y la luteinizante (LH) favorece la secreción de testosterona. Ésta es un esteroide de efectos virilizantes, estimula el desarrollo músculo-esquelético y los caracteres sexuales masculinos. A su vez la testosterona controla, la secreción de las hormonas hipotálamo-hipofisarias que estimulan el testículo.

En la mujer se secretan las mismas hormonas hipotalámicas e hipofisarias, sólo que sus niveles no son constantes, sino que experimentan variaciones cíclicas, con un periodo aproximado de 28 días. La Hormona Folículo Estimulante (FSH) estimula en la mujer el crecimiento y maduración del óvulo, uno por ciclo y la producción de estrógenos por parte del ovario. Los estrógenos son hormonas feminizantes, son responsables de los caracteres sexuales femeninos y en especial del desarrollo de las mamas. La Hormona Luteinizante (LH), presenta un aumento brusco a la mitad del ciclo. Este aumento provoca la ovulación. Tanto los estrógenos como la progesterona tienen la capacidad de inhibir el eje hipotálamo-hipófisis. Las diferencias de niveles de hormonas sexuales pueden afectar la conducta en dos etapas importantes del desarrollo: durante y después de la pubertad y en el período prenatal (este periodo abarca la concepción y el nacimiento).

1.1.2.3.3 Estrógenos

Los estrógenos son hormonas que participan en el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales secundarias de la mujer, son los

¹⁰ Macarulla José M., Goñi Félix M., 1994, Bioquímica humana, ediciones Reverté, pp. 643.

responsables del control del ciclo menstrual-ovulatorio y de la modulación de algunos procesos metabólicos de minerales, lípidos, carbohidratos y proteínas. La secreción y liberación está bajo control del eje hipotálamo-hipófisis.

Los estrógenos se producen principalmente en los ovarios, también son sintetizados en las glándulas suprarrenales y en la placenta durante el embarazo. Tienen diferentes efectos dependiendo del lugar en donde se encuentren, es decir, en el sistema cardiovascular ejercen un efecto protector contra enfermedades cardiovasculares durante la edad fértil, esta protección disminuye de forma paulatina cuando los ovarios dejan de producir estrógenos, durante la menopausia o por extirpación de los mismos. En el sistema nervioso central, los estrógenos tienen una participación funcional ya que pueden mejorar funciones cognitivas, desarrollar la memoria y modular el estado anímico.

Durante el embarazo, *“la placenta produce tres estrógenos principales: estradiol (E2), estriol (E3) y estrona (E1)”*,¹¹ que son segregados con preferencia hacia la circulación materna. Los niveles maternos de estrógenos aumentan con el tiempo de gestación. Los estrógenos producen varios cambios generales en la madre, para prepararla para el embarazo y para mantenerlo. El estrógeno produce relajación vascular y aumento del flujo sanguíneo hacia el útero. La contractilidad del útero está aumentada por los estrógenos, lo que le asegura un papel en el comienzo del parto.

1.1.2.3.4 Progesterona

El nivel materno de progesterona aumenta con el tiempo de gestación. El papel principal de la progesterona consiste en mantener el embarazo. *“La producción temprana de progesterona la realiza el cuerpo lúteo ovárico”*.¹² Después de un período de transición, con función compartida entre las 6 y las 12 semanas de gestación, la placenta se convierte en la productora dominante de progesterona y el embarazo prosigue aunque se elimine el cuerpo lúteo. Los

¹¹ B. Avery, Fletcher Mary Ann, MacDonald Mhairi G., 2001, Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido, editorial Panamericana, 5ª edición, pp. 132.

¹² También llamado cuerpo amarillo, es la masa glandular amarilla en que se transforma el folículo luego de la ovulación, es la encargada de producir progesterona. Ibid, pp. 132.

niveles más bajos de progesterona pueden vincularse con pérdida de embarazo en el primer trimestre.

1.1.2.3.5 Alteraciones en los niveles de estrógenos y progesterona

Las hormonas como los estrógenos y la progesterona han sido relacionadas con subtipos de depresión: trastorno disfórico premenstrual o trastorno depresivo de inicio en el posparto.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo asociados a la función endocrina reproductiva se destacan el Síndrome Perimenstrual (SPM), la Depresión Postparto (DPP) y la aparición de depresión en relación con la menopausia.

El Síndrome Perimenstrual, son cambios no patológicos del periodo que precede a la menstruación. Entre los más frecuentes se encuentran, ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad y labilidad emocional, estando asociados al final de la fase lútea. La disminución de las concentraciones de estrógenos y progesterona marca el comienzo del parto. La reducción de la concentración de progesterona parece lógica, ya que inhibe las contracciones uterinas.

Después del parto, los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen bruscamente durante la primera semana. Cuando bajan los niveles causan consecutivamente un aumento en la secreción de prolactina, y esto estimula la secreción de leche.

1.1.2.4 Puerperio

Se llama puerperio al tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. Este total restablecimiento de todos los órganos y sus funciones a sus proporciones normales no se consigue antes de las seis u ocho semanas. En la práctica recibe el nombre de puerperio el tiempo que la mujer permanece en cama después del parto y hasta los cuarenta días como mínimo, la mujer no es considerada como estrictamente normal, sino como una puérpera. La restitución nunca es

completa. Todas las mujeres guardan vestigios de sus embarazos, que hacen que se pueda distinguir a una mujer que no ha dado a luz de una múltipara.

El retorno a la normalidad de todos los cambios que se dan, recibe el nombre de involución puerperal. Esta consiste en andar en sentido contrario el cambio recorrido en nueve meses de gestación. El comienzo del puerperio no es fácil de definir, pues se admite que el parto no debe darse por terminado hasta las tres horas del alumbramiento.

Como las condiciones del alumbramiento pueden durar más tiempo, algunos autores creen que debe señalarse un cuarto periodo del parto o postparto que duraría veinticuatro horas después del alumbramiento. Solo entonces comenzaría el puerperio.

Se considera que este período dura de 6 a 8 semanas, aunque no todos los sistemas de la mujer se recuperan en este tiempo, ya que la mujer tarda un año aproximadamente en volver a su estado previo al embarazo. Durante el mismo se van produciendo importantes modificaciones anatómicas y fisiológicas, tanto en el área genital como en el resto del organismo materno. La gran variedad de cambios a los que se ve sometida la nueva madre, físicos y psicológicos, pueden conducir a alteraciones conductuales que desemboquen en depresión posparto.

Según los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2004), se distinguen en esta fase tres períodos:

- *“Puerperio inmediato: las primeras 24 horas tras el parto, siendo básicas las primeras dos horas tras la expulsión de la placenta.*
- *Puerperio precoz o clínico: desde las primeras 24 horas hasta que la paciente es dada de alta (2-4 días). Básicamente comprende la mayor parte de modificaciones.*
- *Puerperio tardío: hasta la completa vuelta a la normalidad del organismo materno, con la recuperación de la función ovárica y la menstruación”.*¹³

¹³ Comino Delgado Rafael, López García Guillermo, 2004, Obstetricia y ginecología, editorial Ariel, 2ª edición, pp. 479.

Las condiciones hormonales no se normalizan automáticamente después del parto, al igual que la lactancia conlleva también una actividad hormonal que afecta al resto del organismo.

Tanto las modificaciones genitales como las generales que van a ocurrir durante el puerperio son consecuencia de la disminución de los niveles circulares de las hormonas producidas tras la expulsión del feto y la placenta, el rápido descenso de estrógenos y progesterona, y los reajustes hemodinámicos luego del vaciamiento del útero.

1.1.2.4.1 Cambios anatómicos y fisiológicos

Entre estos cambios se encuentran frecuentemente:

- Temblores posparto: este fenómeno se observa después de un parto normal, comienza entre 1-30 minutos y cesa entre 2-60 minutos posparto.
- Involución uterina: inmediatamente después del parto.
- Involución del endometrio
- Cuello: no regresa a su estado previo al embarazo hasta los 4 meses después del parto.
- Vagina, vulva y periné
- Pared abdominal: las estrías del embarazo se deben a rotura de la fibra colágena, no se recuperan aunque se atenúan.
- Piel y pelo: se evidencia una pérdida de pelo evidente entre 1-5 meses posparto. El crecimiento del pelo se vuelve normal a los 6-15 meses después del parto.
- Pérdida de peso: hay factores que aceleran el proceso, primíparas y lactancia.
- Cambios en el tracto urinario
- Lactancia: después del parto se produce una disminución brusca de la progesterona y los estrógenos los cuales generan mediante otras hormonas, la producción de leche materna.

1.1.2.4.2 Cambios en el estado emocional

Los cambios rápidos que le suceden a la mujer en el reajuste al nuevo

papel de madre, la predisponen a caer en un estado de labilidad emocional. Esto se manifiesta por cambios del humor, que suelen aparecer en los días siguientes del posparto.

Entre el 50 y el 80 por ciento de las mujeres, presentan alguna modificación en su estado emocional en los primeros días del puerperio. Este estado es conocido como la tristeza posparto. Estas modificaciones pueden manifestarse mediante llanto, tristeza, fatiga, irritabilidad, dificultad para dormir, incapacidad para concentrarse, ansiedad por la salud del niño o incapacidad para hacerse cargo del neonato. Los síntomas son transitorios.

En los primeros días del puerperio la madre necesita el apoyo de familiares o amigos y el asesoramiento y apoyo de los profesionales que la cuidan. Se ha de establecer una relación terapéutica que permita a la madre expresar su estado emocional.

1.1.2.5 Estados de ánimo

La combinación entre los niveles de tensión y energía, conjuntamente con la influencia que ejercen en los pensamientos es lo que se denomina estados de ánimo.

Los estados de ánimo pueden ser considerados como indicadores generales, tanto del funcionamiento fisiológico como de la experiencia psíquica. Estos provienen de las actividades, relaciones personales, éxitos y fracasos; sin embargo también la salud, el sueño, la alimentación, la cantidad de ejercicio realizado e incluso la hora del día son factores relevantes. El estado de ánimo es como un termómetro clínico que refleja todos los acontecimientos externos e internos que les afectan a las personas. Tomando en cuenta que no sólo los acontecimientos afectan a los estados de ánimo, sino que también las condiciones y los ritmos corporales pueden afectar, es decir que son indicadores cruciales de cómo están funcionando las personas en cualquier momento.

Los estados de ánimo son estados emocionales temporales que pueden o no fluctuar con determinadas condiciones ambientales. El estado de ánimo es un estado psicológico positivo o negativo de carácter transitorio y a menudo lo

producen o cambian los hechos ordinarios. En comparación con las actitudes, duran menos tiempo y son reacciones más emotivas. Dichos estado de ánimo se consideran respuestas emocionales susceptibles de ser influidas por factores cognoscitivos y sociales.

Aunque sean temporales la mayoría de veces, influyen en los pensamientos y en las conductas ordinarias. En un estado de ánimo positivo se procesa la información más superficialmente que en uno negativo, ya que en este último se hace de un modo sistemático. El procesamiento superficial durante un estado positivo se caracteriza por una tensión menos concentrada o difusa, por una categorización más general y por mayor flexibilidad cognoscitiva que la atención más estrecha y concentrada de un estado de ánimo negativo.

Existe un estado de ánimo que se llama normal y que suele denominarse con el nombre de eutimia o buen ánimo. La eutimia es un estado de entusiasmo lúcido por lo que las personas tienden a interpretar la realidad desde una visión optimista.

La regulación es fundamental para el desarrollo correcto de la vida, ya que es responsable de que el ánimo se mantenga en su punto óptimo. Las variaciones del estado de ánimo además de ser un problema afectivo, repercuten en todo el hecho global del vivir. Afectan al núcleo de la vida y por lo tanto, al equilibrio entre la vida y la muerte.

El estado eutímico es un equilibrio que está inclinado hacia el valor positivo, ya que la finalidad del sistema afectivo es que la vida sea un hecho positivo, en el que las estructuras negativas sólo son consideradas sistemas de alarma, por eso la caída del estado de ánimo llega a alterar la interpretación de la realidad.

Una característica importante de los estados de ánimo es su temporalidad. La experiencia vivida tanto positiva como negativa con el tiempo se va debilitando, la emoción y la reacción oponente surge.

El aspecto diferencial clave entre el estado de ánimo normal y anormal es la presencia o ausencia de autonomía o independencia del estado de ánimo de

la persona, no sólo respecto de sus propios intentos de control sino también de los acontecimientos de la vida.

Las personas saludables se sienten más enérgicas que las personas enfermas. Los cambios en el nivel de energía representan una especie de aviso para poder impedir la enfermedad física. Es decir, se considera la relación entre la energía y los estados de ánimo como un índice general de salud, también como un predictor de la enfermedad futura.

Los pensamientos pueden acentuar o atenuar la tensión y llegar a alterar el estado de ánimo. Los niveles de tensión elevados van asociados con un nivel de energía reducido, tensión-cansancio. Los pensamientos influyen en el grado de tensión debido a que cuando las personas se encuentran en un estado de tensión tienden a percibir peligro, amenaza o estrés, y en muchos casos las reacciones ante circunstancias estresantes dependen de las interpretaciones, juicios o evaluaciones de dichas condiciones. Estas respuestas cognitivas, activan la respuesta de estrés.

1.1.2.5.1 Trastornos del estado de ánimo

El estado de ánimo es un estado afectivo que afecta de modo global las experiencias psicológicas y corporales, es un modo de experiencia del mundo que rodea a la persona.

El estado de ánimo habitualmente presenta ligeras variaciones aunque dentro de una estabilidad, pero en ocasiones estas variaciones pueden ser patológicas como la depresión, euforia, disforia; convirtiéndose en características esenciales de los trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo:

*“se manifiestan por una serie de signos y síntomas como euforia e irritabilidad que persisten durante semanas o meses y que se caracterizan por su gran tendencia a la recurrencia y se asocian con frecuencia a un significativo deterioro del funcionamiento global de la persona”.*¹⁴

¹⁴ Ortiz de Zárate Alonso Gurana, 2011, Trastornos del estado de ánimo, ediciones Masson, pp. 4.

1.1.2.5.2 Trastornos afectivos postparto

Durante el embarazo y el puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer.

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.

Este es un tema del que la madre rehúye hablar porque es vivido como un fracaso personal, con una importante carga de culpa, que provoca una disminución de su autoestima y que conduce a una dificultad para establecer una buena relación con el bebé.

*“Nosológicamente los trastornos afectivos posparto se clasifican en tres categorías clínicas: la disforia posparto o Maternity Blues, la depresión posparto y la psicosis posparto”.*¹⁵ Antes de enfocarse en la disforia postparto, indispensablemente se debe de definir en qué consiste la disforia.

1.1.2.5.3 Disforia

En psiquiatría el término disforia describe estados de ánimo dolorosos, penosos y más o menos duraderos. Disforia *“viene del griego dys (“de, través”) y phorein (“llevar, soportar”). La disforia consiste en no poder seguir soportando nada, mientras que la euforia permite soportarlo todo”.*¹⁶ La disforia se sitúa entre la tristeza normal y la enfermedad depresiva. No es una enfermedad, sino un estado normalmente pasajero, sin embargo puede ser la señal precursora de la aparición de dificultades psicológicas más graves.

La disforia se origina al converger emociones y sentimientos de carácter negativo, como malhumor, ansiedad, sufrimiento angustioso e irritabilidad, lo cual

¹⁵ Toro Greiffenstein Ricardo José, Yepes Roldán Luis Eduardo, 2004, Psiquiatría, Fondo Editorial CIB, 4ª edición, pp. 319.

¹⁶ André Cristophe, 2010, Los estados de ánimo: el aprendizaje de la serenidad, editorial Kairos, 1ª edición, pp. 65.

genera un humor displacentero. *“La disforia significa entonces humor anormal y se aplica a los cambios en general bruscos del humor de relativa corta duración, aunque suelen ser recurrentes”*.¹⁷

La disforia es una mezcla de todos los estados de ánimo desagradables que pueden afectar a las personas: tristeza, irritación, tensión e inquietud y en ocasiones ansiedad y una sensación de tensión interna.

También está asociada con una labilidad de estos distintos estados de ánimo, puede pasarse de uno a otro. La disforia no sólo resulta desagradable interiormente, sino que también perturba la forma en que reaccionan las personas ante los sucesos de la vida. En general, hace reaccionar con más intensidad ante lo que no marcha bien, y débilmente ante lo que resulta favorable.

En comparación a las que no lo son, las personas disfóricas, presentan una atención prolongada a las palabras negativas que se les presenta, mientras que las no disfóricas se despegan con mayor rapidez y sobre todo pasan más tiempo con palabras positivas. La disforia disuade en cierto modo, de que las personas puedan disfrutar.

1.1.2.6 Disforia postparto

Aunque parece contradictorio, es frecuente que tras el parto algunas madres, incluso las que más anhelaban el momento de tener al bebé en los brazos, se sientan tristes y agobiadas. Es normal que tras un acontecimiento de estas características, no solo el cuerpo sino también la mente, necesiten un tiempo para adaptarse a la nueva situación.

“Muchos estudios han estimado que entre un 50 y un 75 por ciento de las madres padecen este sentimiento de tristeza tras el parto”.¹⁸ Su elevada incidencia sugiere que en realidad, no se trata de una enfermedad, sino que es consecuencia de los enormes cambios hormonales que se producen inmediatamente después del parto. Por ello, después de una larga espera luego de que el niño ha nacido, la madre está exhausta por el esfuerzo realizado y la

¹⁷ Álvarez, Gastó, Cristóbal, 2008, Sintomatología depresiva en atención primaria, editorial Marge, 1ª edición, pp. 56.

¹⁸ Sadurní i Brugué Marta, Rostán Sánchez Carles, Serrar Sellabona Elisabet, 2008, El desarrollo de los niños, paso a paso, editorial UOC, 3ª edición, pp. 65.

tensión acumulada ante dicho acontecimiento. Sin embargo, aunque para una mujer podría representar un final, se convierte en un inicio ya que debe adaptarse a su nuevo rol de madre. Con el recién nacido, el trabajo de madre se acumula y la atención del bebé requiere un esfuerzo constante.

El nacimiento del bebé cambia el ritmo de vida de los padres de muchas formas, pero tales cambios afectan en mayor medida a la madre. A ella le suceden cambios hormonales, físicos, bioquímicos, además de psicológicos. Lo más probable es que se sienta agotada, excitada, frustrada, preocupada y feliz al mismo tiempo. Por ello el estado de ánimo de la mujer es muy importante, puesto que puede influir en su interacción con el bebé y repercutir en su desarrollo.

Es decir, que en ocasiones tras el parto se dan manifestaciones en el estado de ánimo de las madres. Así, los efectos postparto indican que las madres experimentan lo que se conoce como disforia postparto. A la disforia postparto también se le denomina: melancolía postparto, tristeza postparto, tristeza de maternidad o maternity blues.

Es un cuadro con un pronóstico benigno, tanto por su corta duración en el tiempo como por la levedad de sus síntomas. La disforia posparto es la menos severa de los trastornos del estado del ánimo del período posparto. Suele comenzar durante el segundo o tercer día del puerperio, su duración no sobrepasa los quince días posteriores al parto y en muchos casos se resuelve de forma espontánea en la primera semana.

Un porcentaje bajo de las mujeres que experimentan disforia postparto pueden desarrollar cuadros de depresión posparto y algunos casos pueden llegar hasta la psicosis. Es importante conocer la situación previa y descartar los casos en los que hay otro tipo de disforia por problemas personales o por depresión mayor. La esencia de la tristeza puerperal no es la depresión, sino un repentino, fugaz e inesperado trastorno emocional. El principio esencial que lo define es la identificación de un pico de síntomas disfóricos en una puérpera. La madre se siente triste, está ansiosa y tiene dificultades para dormir.

También puede estar irritable y malhumorada. Generalmente tales síntomas se deben a un estado de cansancio y a los reajustes hormonales que la madre está experimentando.

Por otra parte, cuidar un bebé aunque es emocionalmente gratificante, también puede ser frustrante y agotador, especialmente para una madre primeriza. La emoción y el estado de tensión previos al nacimiento del bebé son reemplazados por las diferentes responsabilidades propias de la maternidad. Por este motivo la fatiga y la disforia pueden surgir tras la disminución de la tensión. Esto puede llegar a ocasionar problemas en la pareja, riñas y discusiones frecuentes.

Si el estado de ánimo de la madre no mejora tras las dos semanas iniciales, es posible que sufra una depresión postparto en grados variables. La depresión postparto se distingue de la disforia postparto principalmente por su duración y por la gravedad de la sintomatología. Si no se diagnostican precozmente, la madre además de soportar un sufrimiento mayor, corre el riesgo de cronificar su enfermedad con la consiguiente repercusión el desarrollo del niño.

1.1.2.6.1 Causas

Se han descrito diversos factores que son desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, es decir, de una disforia postparto.

1.1.2.6.1.1 Biológicas y químicas

- El mecanismo por el cual se produce este trastorno del humor es aparentemente desconocido, aunque la mayoría de los autores considera que:

“los síntomas son desencadenados por las variaciones de los estrógenos y la progesterona que caen de 2.100 ng/100 mL y 160 ng/100 mL, respectivamente

(valores alcanzados en las dos últimas semanas antes del parto) a cifras de 14 ng/100 mL y 3 ng/100 mL en el quinto día postparto”.¹⁹

- Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios.
- Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad de triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión.

1.1.2.6.1.2 Psicológicas

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden provocar secuelas.

1.1.2.6.1.3 Psicosociales

La falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de este trastorno.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

¹⁹ ng significa nanogramos y corresponde a la milmillonésima parte de un gramo; mL significa mililitro y corresponde a la milésima parte de un litro. Toro Greiffenstein, Op.cit, pp. 319.

1.1.2.6.1.4 Sociodemográficas

La edad de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, el pobre ajuste social, la escasa red de apoyo social y la situación laboral de ambos cónyuges.

Actualmente se ha podido identificar las mujeres que podrían estar más expuestas y ser más fácilmente afectadas: mujeres jóvenes, de menos de veinte años, que tienen su primer hijo, las que tuvieron serias dificultades familiares durante su infancia, las que han rechazado el embarazo o han presentado problemas psicológicos a causa de éste. Por otra parte, también entran en juego otros factores externos: las madres solteras jóvenes, las que viven en condiciones sociales o conyugales angustiosas, las que han tenido un traumatismo afectivo poco antes del parto (una separación, divorcio o duelo), todas ellas están más expuestas.

1.1.2.6.2 Síntomas que caracterizan a una mujer disfórica

No se trata de una depresión, sino de una crisis psicológica que experimenta la madre a causa de la fatiga, pero también debido a los trastornos biológicos y neurobiológicos producidos por el parto. La madre experimenta una sensación de intensa fatiga, tanto física como psicológica, agotamiento afectivo, transitorio pero doloroso. Son frecuentes las lágrimas, las quejas respecto a los allegados, la irritabilidad ante las pequeñas incomodidades de la maternidad y el llanto del recién nacido, son frecuentes. La mujer experimenta la necesidad de estar sola, al mismo tiempo que quiere ser escuchada, consolada y que cuiden a su bebé pero no mantenerlo alejado, todo lo cual resulta aparentemente contradictorio.

Dichos síntomas incluyen:

Tristeza, llanto, labilidad emocional (que se caracteriza por cambios de humor rápidos, imprevisibles y bruscos. Engloba de esta manera, un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad como llanto, risas inapropiadas, en general respuestas emocionales desproporcionadas. Estos rápidos cambios de humor pueden ocurrir como consecuencia de un debilitamiento en los mecanismos de control voluntario de las reacciones

emocionales), fatiga, agotamiento, irritabilidad (se manifiesta con reacciones desproporcionadas e injustificadas ante estímulos, lo que demuestra la presencia de una hipersensibilidad), dificultad para concentrarse, trastornos del sueño (como insomnio), trastornos del apetito, anergia, despertar precoz, aislamiento, tensión, ansiedad, cefalea, confusión, falta de memoria. 20

Las madres pueden volverse sensibles a desaires sin importancia. Pueden llorar por una empatía exagerada con las desdichas ajenas, e incluso después de recibir buenas noticias. A menudo están confundidas y sorprendidas por su conducta. Los síntomas remiten espontáneamente en aproximadamente dos semanas.

1.1.2.6.3 Cuadros clínicos posteriores

Al principio, una prolongación de los “blues del postparto”, después crisis de llanto, fatiga e irritabilidad a partir del primer o segundo mes, que es la época en que el niño no duerme bien durante la noche. La madre tiene dificultad para dormir. Aparece entonces, la ansiedad, frecuentemente mezclada con un sentimiento de incapacidad con relación al niño. Para luchar contra esta angustia, la madre busca consejos, experimenta temores irracionales de hacerle daño, sobre todo con instrumentos cortantes y esos temores se convierten en obsesiones. Además afecta al niño, cuyo desarrollo psicológico puede verse perturbado. Una depresión masiva puede presentarse desde el parto precedida de una tristeza permanente durante el embarazo, con intenso dolor moral e ideas de culpabilidad respecto al recién nacido. La depresión post-parto comienza después de las tres semanas. Al contrario de lo que ocurre en la disforia, los síntomas no se corresponden con una labilidad emocional, sino con una falta de motivación en general, además de una franca incapacidad para desenvolverse de forma normal.

²⁰ Gómez Restrepo (et al.), 2008, *Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, editorial Médica Internacional, 3ª edición, pp. 307.

1.1.2.6.3.1 Depresión postparto

La depresión es la enfermedad materna más frecuente en el postparto, conlleva un importante sufrimiento personal y familiar, afectando directamente al desarrollo emocional del bebé. Representa el punto medio entre la disforia y la severa psicosis en el continuo de los trastornos afectivos durante este período.

Se inicia en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento, se desarrolla lentamente por semanas o meses e incluso llega a durar un año. Según Pitt (2004),

*“además de los síntomas depresivos, predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad, fobias, somnolencia y aumento del apetito. Suelen aparecer mayores sentimientos de culpa, incapacidad para realizar las tareas especialmente las maternas, pensamientos autodestructivos y rechazo del recién nacido”.*²¹

La depresión postparto suele ser de gravedad moderada, la presencia excesiva de fatiga, piel seca, extremidades frías y caída de cabello, puede llegar a confundirse con un hipotiroidismo, que en ocasiones se presenta en las mujeres durante el primer año del postparto. La forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.

Entre los factores de riesgo de la depresión postparto se incluyen los antecedentes de depresión, el embarazo no deseado, la problemática familiar o social durante el embarazo. *“El modelo etiológico sugiere que la depresión postparto es de tipo bio-psicosocial, ya que los factores psicosociales tienen un peso mayor que los biológicos, al contrario de lo que sucede en la disforia postparto”.*²² La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con las demás personas. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del día con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte.

²¹ Pitt fue la primera persona en describir la depresión postparto como una depresión atípica en el cuadro clínico. Ibid, pp. 319.

²² Alcocer Alberto, 2009, Manual de lactancia materna, editorial Médica Panamericana, pp. 316.

Las madres deprimidas no logran dormir ni siquiera cuando el bebé está dormido. Se puede hablar de depresión sonriente y esta describe la apariencia normal de algunas madres deprimidas que se muestran satisfechas de cara al exterior, temerosas de verbalizar sus pensamientos y de ser percibidas como malas madres.

Entre los síntomas se encuentra:

- Pereza
- Fatiga
- Tristeza
- Alteración del sueño y del apetito
- Falta de concentración, confusión.
- Pérdida de memoria
- Irritabilidad hacia el esposo o los otros hijos
- Sentimiento de culpa
- Pérdida de libido
- Miedo a autolesionarse o dañar al niño
- Sobreprotección del niño, la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.
- Intolerancia extrema hacia el bebé: llegar a gritarle e incluso a pegarle.
- Síntomas ansiosos, angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea (término médico utilizado para describir un aumento de la frecuencia respiratoria), temblor, mareo, pánico.

1.1.2.6.3.2 Psicosis postparto

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave. Su aparición clínica incluye labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño. Puede existir una variabilidad sintomática importante puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño.

Es un trastorno más definible y delimitado que la depresión postparto pero es bastante infrecuente. Los únicos factores significativos que aparecen con alguna frecuencia son: la primiparidad, la soltería como estado civil y los partos mediante cesárea, hemorragias, distocias y anestesia general. Es posible que las madres solteras padezcan más problemas sociales, lo que podría añadirse al riesgo de desarrollar una enfermedad psiquiátrica. El factor de riesgo mejor documentado para la psicosis puerperal sigue siendo una historia anterior de enfermedad psiquiátrica. En particular, los riesgos más altos se asocian con una historia de trastorno afectivo.

Los síntomas pueden aparentar un cuadro de melancolía o tristeza puerperal, pero parecen diferenciarse de este, por alteraciones del sueño bastante específicas, como despertares ansiosos, sueños recurrentes de contenido angustioso o insomnios progresivamente crecientes. Otros síntomas pueden ser alteraciones amnésicas menores, rasgos esporádicos de confusión mental, rarezas de comportamiento, manifestaciones psicosensores principalmente alteraciones de la percepción visual, así como interacciones corporales madre-hijo de mala calidad.

En el delirio se produce desorientación, agitación, ansiedad, deterioro de la memoria, de la concentración y de la realización del cálculo. Son también comunes las ilusiones, las alucinaciones visuales y el error de identificación de las personas. Los síntomas son más marcados por la noche.

En la psicosis postparto pueden encontrarse una amplia variedad de síntomas esquizofrénicos típicos. Los episodios maníacos caracterizados por exaltación, inestabilidad de carácter, fuga de ideas, distracciones, euforia y exceso de actividad, comienzan después de una reducción en el sueño y cambios en el ánimo. Con frecuencia la madre cree estar dotada de poderes especiales.

Una intervención médica precoz ante la psicosis puerperal puede evitar la aparición de situaciones dramáticas que obligan a la hospitalización de urgencia, a la separación de la madre del recién nacido, evitando el peligro del suicidio.

1.2 Delimitación

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en las instalaciones del Hospital Nacional de Amatlán, ubicado en la 7ª calle y 10ª avenida, en el Cantón Hospital del municipio de Amatlán, abarcando un periodo de tres meses comprendidos entre los días del 1 de agosto al 31 de octubre, todos los días de la semana, en el horario de 3:00 a 4:00 pm.

La muestra fue seleccionada de la sala de maternidad de dicho hospital y comprendió un total de 81 mujeres primerizas entre las edades de 18 a 25 años. Se logró con ello la aplicación de un cuestionario dirigido a indagar específicamente datos sobre el estado de ánimo de las madres durante el periodo de postparto y el registro de la diferente sintomatología que presentaban en ese momento.

Se inició el trabajo de campo haciendo una observación continua de las madres para establecer, quiénes de ellas llenaban los requisitos previamente establecidos. Luego se procedió a la aplicación de dicho cuestionario, aclarándoles con antelación que la información brindada sería utilizada únicamente con fines académicos y de forma confidencial, para que de esta manera pudieran expresar sus sentimientos de forma honesta y certera.

Posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario a los especialistas, entre ellos, médicos y enfermeras a cargo de dicha sala, con el fin de obtener información sobre el tipo de atención que le brindaban a las mujeres que presentaban algunos de los síntomas de la disforia postparto e indagar sobre los factores de riesgo, todo con la finalidad de poder sustentar el problema objeto de estudio.

Una de las limitaciones en la realización del trabajo fue que las enfermeras a cargo de la sala no sabían en qué consistía la disforia postparto y necesitaron una explicación previa para poder responder el cuestionario.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas

Técnica del muestreo: este procedimiento se utilizó para obtener información de la población objeto de estudio.

El trabajo de campo se realizó con mujeres primerizas comprendidas entre las edades de 18 a 25 años del Hospital Nacional de Amatlán. También con colaboración de los médicos y enfermeras encargados de la sala de maternidad de dicho hospital.

El objetivo fue obtener información de las pacientes que estaban pasando por alteraciones en su estado de ánimo y de ésta manera complementar de forma eficiente el proyecto de investigación.

Observación: fue utilizada como un registro ordenado y sistemático de la conducta manifiesta de una persona y permitió obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como se produjo, es decir, se usó para obtener información sobre los síntomas y signos que presentaron las mujeres con disforia postparto, tanto las que lo expresaron como las que no lo hicieron, ya que no todas las mujeres comunicaron con facilidad la situación por la que estaban pasando.

2.2. Técnicas de análisis estadístico

Análisis cuantitativo: se recolectó información mediante la aplicación de un cuestionario para madres, médicos y enfermeras, todos conformados por nueve preguntas, las cuales proyectaron datos precisos que fueron ordenados, clasificados y tabulados. Se procedió finalmente a la realización de las gráficas que correspondieron únicamente a los criterios previamente establecidos, siendo éstos los más significativos.

Análisis cualitativo: se organizó el material recopilado y con ello se

describieron los resultados obtenidos en tiempo y lugar, tanto de lo observado como de lo recolectado por medio de los instrumentos utilizados.

2.3. Instrumentos

Cuestionario: se utilizó para recopilar información y profundizar en el problema objeto de estudio, ya que todas las preguntas estuvieron relacionadas con la disforia postparto. Se realizó un cuestionario tanto para las mujeres de postparto así como para los médicos y enfermeras de la sala de maternidad.

Cuestionario para mujeres de postparto: se utilizó para recabar los datos generales de las mujeres de postparto investigando la edad actual, su estado civil, tipo de escolaridad y número de embarazo. También para conocer qué tanta información tenían sobre el tema de disforia. Así mismo averiguar el estado emocional de las madres luego del parto y los síntomas que presentaron. Fueron nueve preguntas que conformaron dicho cuestionario y su objetivo fue identificar las posibles alteraciones en el estado de ánimo de la madre.

Cuestionario para médicos: se procuró obtener información del personal especializado en el campo de la medicina para complementar y sustentar de esta manera el problema objeto de estudio, a través de un cuestionario estructurado con nueve preguntas, las cuales comprendieron aspectos como, si le brindaban información a la paciente sobre la disforia postparto, qué tipo de atención le dan si llega a presentarse, el nivel de edad de las pacientes con esta alteración, los posibles factores de riesgo y los síntomas que presentaban las madres con disforia postparto.

Cuestionario para enfermeras: este cuestionario fue utilizado para conocer el manejo de la disforia postparto por parte de las enfermeras. Las nueve preguntas que lo conformaron, abarcaron ítems relacionados con el momento en el cual se les brinda a las madres información del tema, los síntomas que se presentan, el tipo de respuesta brindada y la población expuesta a manifestar la disforia postparto.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la población

3.1.1. Características del lugar

El Hospital Nacional de Amatlán está ubicado en la 7ª calle y 10ª avenida, en el Cantón Hospital del municipio de Amatlán y en la actualidad es uno de los hospitales más antiguos de la república, ya que por decreto legislativo del 31 de agosto de 1836, artículos 3º y 4º se ordenó la constitución de un hospital en dicho municipio, pero no fue hasta el 30 de noviembre de 1862 que da inicio su función social.

Su misión está enfocada en ser una institución pública que preste servicios de salud basando su acción en ponderación de la dignidad del individuo y el mejoramiento continuo de la calidad de atención en términos de equidad, eficiencia y eficacia.

Dentro de los servicios que el hospital le presta a la población en general están: cirugía, pediatría, obstetricia, psicología, consulta externa, medicina general, unidad de quemados, ginecología, traumatología, tomografía, rayos X, laboratorio clínico, farmacia, maternidad y emergencia.

3.1.2. Características de la población

La población que formó parte del trabajo de campo estuvo conformada por un total de 142 mujeres comprendidas entre las edades de 18 a 25 años que se encontraban en su periodo de postparto, pero de este gran total, la muestra investigada se realizó únicamente con 81 mujeres que eran las que llenaban los requisitos previamente establecidos.

Uno de los requisitos primordiales era que las madres experimentaban su primera gestación. El resto de población estuvo dividido entre un segundo, tercer o más embarazo, a pesar de cumplir con la edad requerida.

3.2. Análisis cualitativo

De acuerdo con los resultados obtenidos por medio de la observación y de la aplicación de los instrumentos, se pudo establecer a través de los cuestionarios de las madres de postparto que en la rúbrica de la edad, la mayoría estuvo ubicada entre los dieciocho y veinticinco años de edad, siendo éste su primer embarazo. En lo relacionado a su estado civil, la mitad de los resultados lo obtuvo la opción de unión libre, y con igual cantidad entre ellos, los datos de soltera y casada, dejando con el mínimo de porcentaje las respuestas de viudez y divorcio.

Al analizar los resultados sobre la escolaridad de las mujeres que conformaron la muestra, éstos indicaron que gran parte de ellos, estuvieron abarcados por población que había cursado hasta el nivel básico de estudios. Con igual cantidad de datos entre sí, se encontraron en segunda posición, las opciones de estudio primario y secundario. Le siguen los porcentajes de mujeres que no recibieron ninguna enseñanza y con la cantidad más baja, las que sí cursaron estudios universitarios.

En lo que se refiere a la información previa que pudieron tener sobre las posibles alteraciones en su estado de ánimo luego del parto, tres cuartas partes de los resultados indicaron no tener conocimientos sobre el tema, es decir, que gran parte de la muestra indicó un desconocimiento sobre lo relacionado a la disforia postparto. Cabe aclarar que, el mayor porcentaje de datos obtenidos revelaron el hecho de que sí experimentaron cambios en su estado de ánimo, luego del parto.

Dentro de los síntomas que más mencionaron experimentar se encontraron: agotamiento, anergia, labilidad emocional, despertar precoz, tensión, dificultad para concentrarse, cefalea, fatiga, irritabilidad, ansiedad y llanto.

Es de resaltar, que a pesar de haber presentado algunos síntomas característicos de la disforia postparto, ninguna de ellas recibió atención psicológica.

Se evidenció así mismo, en la información adquirida en el cuestionario a médicos, que sí existen pacientes con alteraciones en su estado de ánimo luego del parto y según su experiencia, la edad en la cual se llega a presentar con mayor probabilidad la disforia postparto es de los dieciocho a veinticinco años, teniendo como característica primordial, ser su primer embarazo. Así también, quedó demostrado que dicha alteración es provocada por las variaciones en los niveles de estrógenos y progesterona luego del parto.

Por último, en los resultados obtenidos luego de la aplicación del cuestionario a enfermeras a cargo de la sala de maternidad, estos revelaron que más de la mitad de las pacientes que asistieron al centro hospitalario no recibieron información sobre la disforia postparto y un porcentaje bajo indicó lo contrario, evidenciando que se les ofreció dicho conocimiento, inmediatamente después de haber tenido al recién nacido.

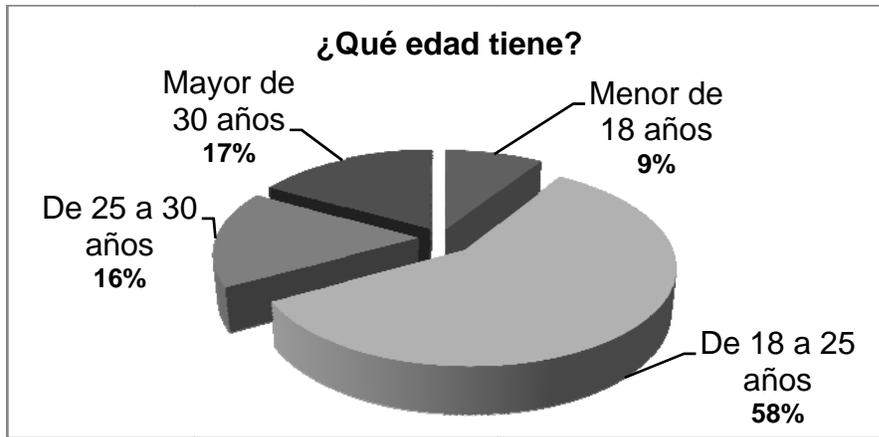
En relación al tipo de acción que utilizarían para darle solución a la situación, en caso llegara a presentarse una madre con disforia postparto, el mayor resultado lo obtuvo la opción de referirlas al servicio de psicología, seguido por las opciones de consultar al médico encargado e informarle a la paciente, dejando sin porcentaje alguno el brindarle información a los familiares.

La totalidad de enfermeras, consideran oportuno que las madres que presentan alteraciones en su estado de ánimo luego del parto, reciban orientación psicológica.

3.3. Análisis cuantitativo

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A MUJERES DURANTE EL PERIODO DE POSTPARTO

Gráfica No. 1



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a madres durante el periodo de postparto, de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatlán.

Descripción: la edad de las mujeres durante el periodo de postparto se encuentra ubicada en su mayoría, entre los 18 a 25 años con un 58%, en segundo lugar, con un 17% mujeres mayores de los 30 años, en tercer lugar, con un 16% mujeres de 25 a 30 años y por último, con un 9% las que son menores de 18 años.

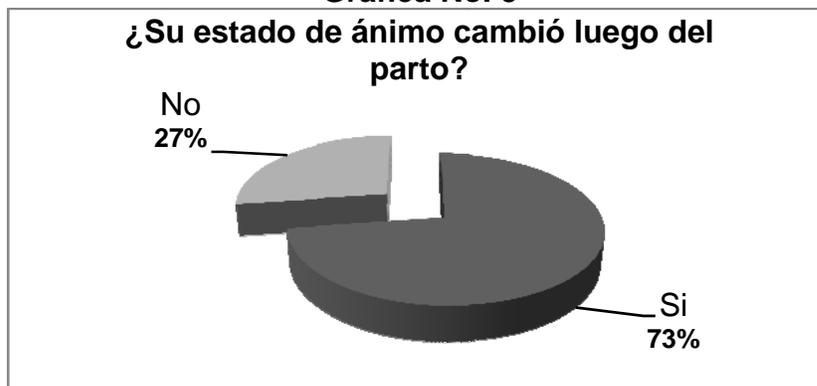
Gráfica No. 2



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a madres de 18 a 25 años durante el periodo de postparto, de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatlán.

Descripción: el 57% de los resultados corresponde a mujeres que indicaron que era su primer embarazo, el 31% de la población indicó que era su segundo embarazo y el 12% pertenece a mujeres que se encuentran ubicadas en su tercer embarazo.

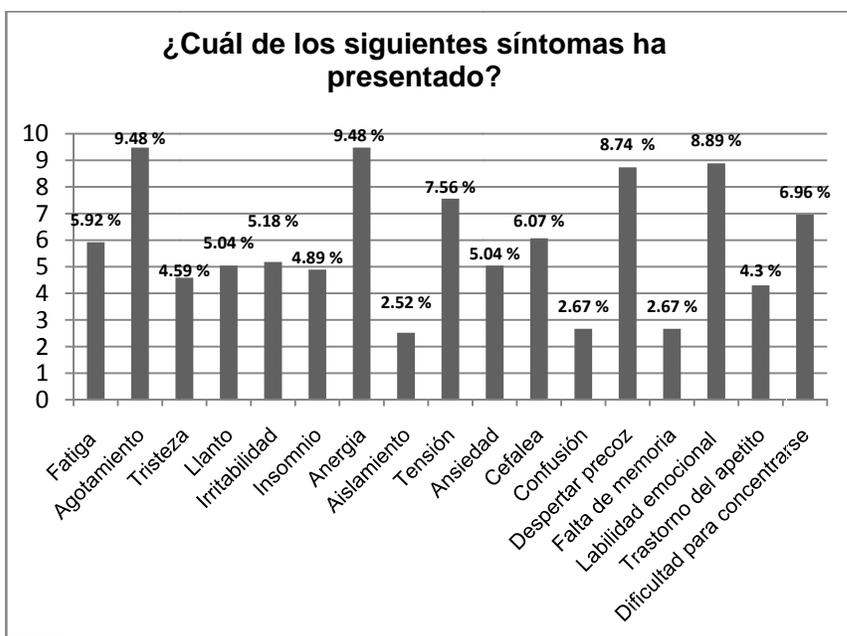
Gráfica No. 3



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a madres primerizas de 18 a 25 años durante el periodo de postparto, de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: el 73% de los resultados muestra que las madres primerizas sí observaron y experimentaron cambios en su estado de ánimo luego del parto y un 27% corresponde a las que indicaron no haber tenido cambios en su estado anímico.

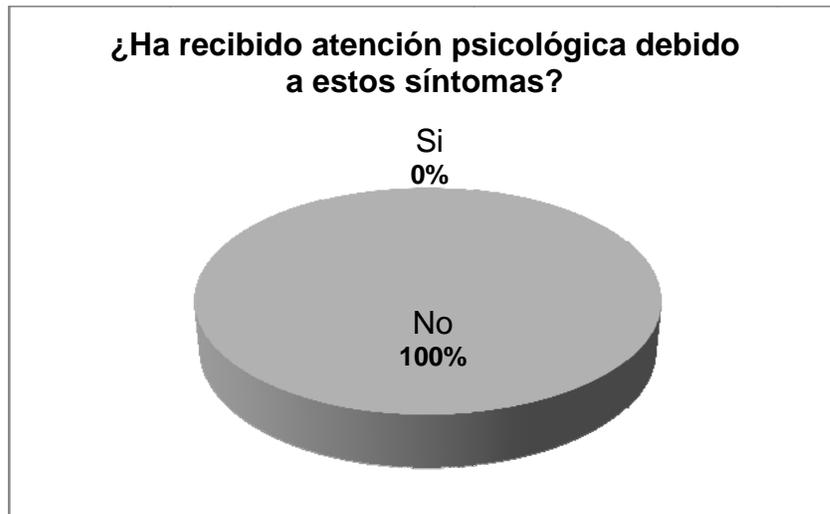
Gráfica No. 4



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a madres primerizas de 18 a 25 años durante el periodo de postparto, de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: Los resultados indican que dentro de los síntomas con mayor prevalencia en las mujeres primerizas luego del parto se encuentran, el agotamiento y anergia, ambos con un 9.48%. El siguiente de los síntomas es labilidad emocional situada con un 8.89% y despertar precoz con un 8.74%. Luego se encuentra con un 7.56% tensión, 6.96% dificultad para concentrarse, 6.07% cefalea, 5.92% fatiga, 5.18% irritabilidad, 5.04% llanto y ansiedad. Dentro de los que menos mencionaron manifestar se sitúan, con un 4.89% insomnio, 4.59% tristeza, 4.3% trastornos del apetito, 2.67% confusión y falta de memoria y por último, con un 2.52% aislamiento.

Gráfica No. 5

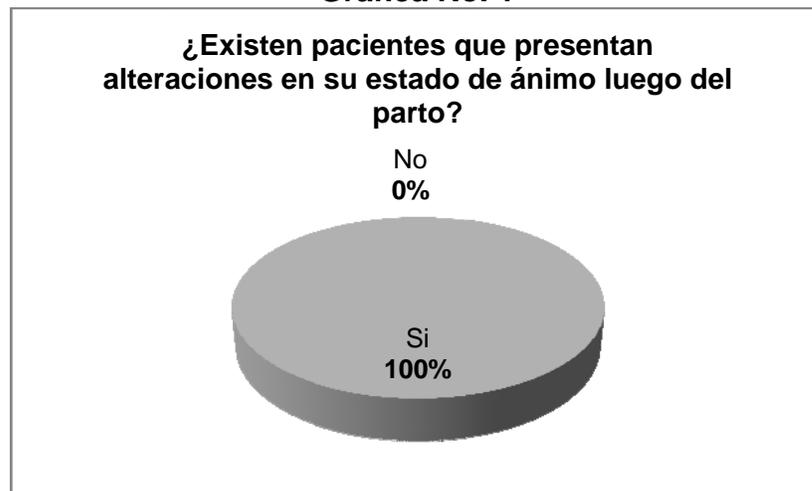


Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a madres primerizas de 18 a 25 años durante el periodo de postparto, de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: las madres primerizas a pesar de experimentar síntomas que caracterizan a la disforia postparto, ninguna de ellas ha recibido atención psicológica, quedando demostrado de esta manera en un 100% de las respuestas obtenidas.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A MÉDICOS ENCARGADOS DE LA SALA DE MATERNIDAD

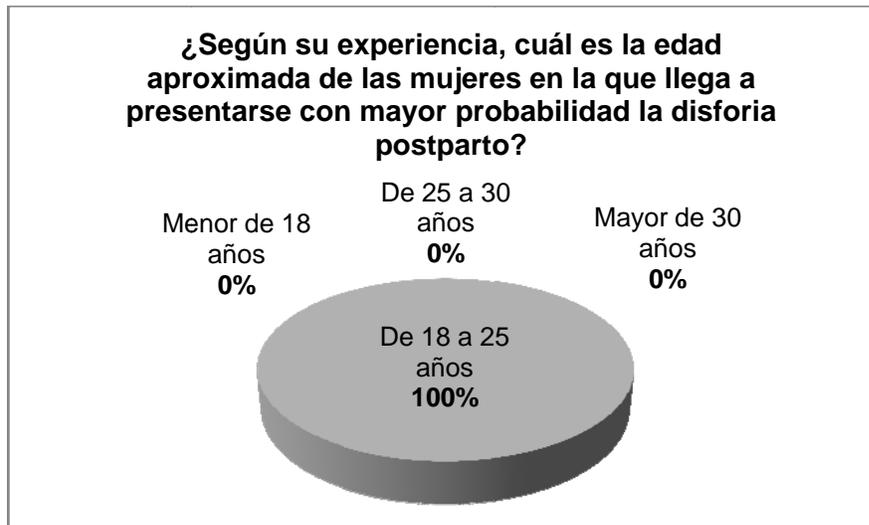
Gráfica No. 1



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a médicos encargados de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: de los dos únicos médicos entrevistados y que tuvieron a su cargo el cuidado de las mujeres que se encuentran en su periodo de postparto, indicaron en un 100% que ellas sí presentan alteraciones en su estado de ánimo luego del nacimiento de su bebé.

Gráfica No. 2



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a médicos encargados de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: los resultados obtenidos corresponden a la experiencia que tienen los expertos en el campo de la medicina, quienes en su totalidad coincidieron en un 100% que las mujeres que tienen mayor probabilidad de presentar disforia postparto son las que se encuentran ubicadas entre los 18 a 25 años.

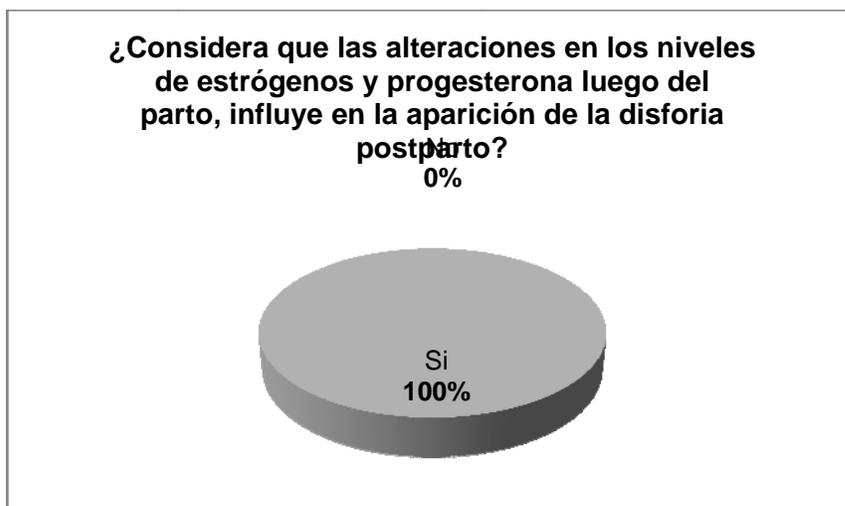
Gráfica No. 3



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a médicos encargados de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: a su vez, los mismos especialistas concluyeron que además del rango de edad comprendido entre los 18 a 25 años, las mujeres que tienen su primer hijo están expuestas a manifestar algunos de los síntomas de la disforia postparto, correspondiéndole de esta manera un 100% de los datos obtenidos.

Gráfica No. 4



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a médicos encargados de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: el 100% de los datos obtenidos indican que los factores primordiales que contribuyen en la aparición de las alteraciones del estado de ánimo en las mujeres que se encuentran en su periodo de postparto, son los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona, mismos que ocasionan lo que se denomina como disforia postparto.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A ENFERMERAS ENCARGADAS DE LA SALA DE MATERNIDAD

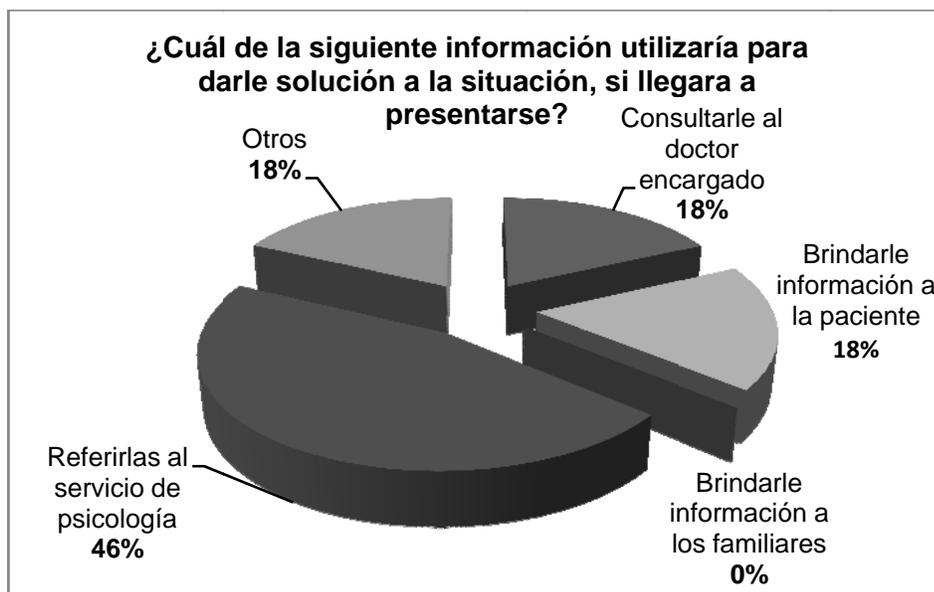
Gráfica No. 1



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a enfermeras encargadas de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: un 71% de los resultados indican que las enfermeras a cargo de la sala de maternidad desconocen el hecho de si las pacientes reciben algún tipo de información sobre la disforia postparto al momento de su ingreso al centro hospitalario y un 29% indicó que se les brinda ese tipo de información “inmediatamente después de tener al recién nacido”.

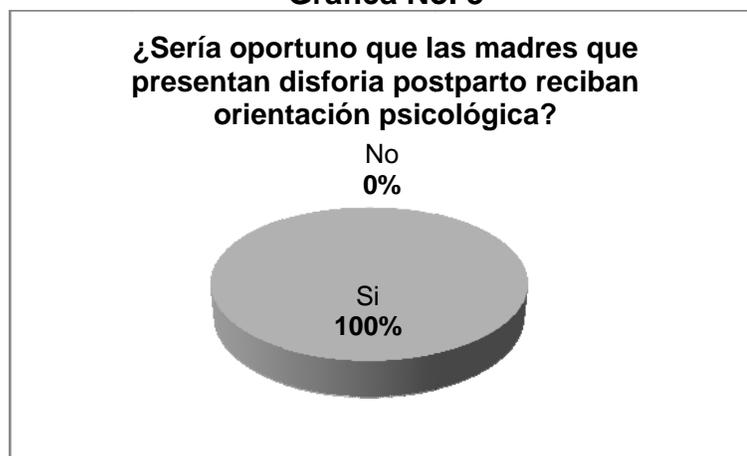
Gráfica No. 2



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a enfermeras encargadas de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: la mayoría de los datos obtenidos corresponden a un 46% que indica que las enfermeras a cargo, referirían al servicio de psicología a las mujeres que presenten algún tipo de alteración en su estado de ánimo, específicamente disforia postparto. Con un 18% consideran las opciones de brindarle información a la paciente y/o consultarle al doctor encargado. Es importante resaltar que no toman en cuenta la opción de brindarles información a los familiares de la paciente ya que se encuentra ubicada con un 0% de los datos. Dentro de la opción “otros” que le corresponde un 18%, contemplaron el apoyo emocional y un plan educacional.

Gráfica No. 3



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a enfermeras encargadas de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.

Descripción: los resultados obtenidos indican en un 100% que las enfermeras encargadas de la sala de maternidad, consideran oportuno que las madres que presentan síntomas de disforia postparto reciban orientación psicológica.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

1. Las madres primerizas comprendidas entre los 18 a 25 años que presentan alteraciones en su estado de ánimo luego del parto, sufren diversos cambios de origen hormonal, físico, bioquímico y psicológico dando como resultado la aparición de algunos síntomas de lo que se refiere a la categoría diagnóstica: disforia postparto.
2. Dentro de los síntomas de la disforia postparto más relevantes con una prevalencia de 9.48% y 8.89% en las madres a quienes se les aplicó el cuestionario se encuentran, el agotamiento y labilidad emocional, respectivamente.
3. De esta investigación se desprende que las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres: primerizas, adultas jóvenes, que viven en unión libre y con nivel de estudios primario y básico.
4. Se evidenció que el personal a cargo del cuidado de las pacientes que se encuentran hospitalizadas en la sala de maternidad cuentan con escasa información sobre el tema de la disforia postparto, obstaculizándoles de esta manera el adecuado manejo de la situación.
5. En la consulta realizada a los expertos, los resultados indicaron que sería oportuno que las madres que se encuentran en la sala de maternidad y que presenten algunos síntomas de disforia postparto reciban orientación psicológica.

4.2. Recomendaciones

1. Dada la temprana aparición de los síntomas de la disforia postparto (segundo o tercer día del puerperio) se hace oportuno la correcta intervención psicológica destinada al mejoramiento en la diada madre-hijo.
2. Debido a la prevalencia en la población femenina de algunos síntomas como agotamiento, anergia y labilidad emocional es necesario el control y atención especializada de este tipo de alteraciones en el estado de ánimo que surgen durante el periodo del postparto.
3. Es indispensable proporcionar información a las pacientes que asisten con regularidad al centro hospitalario así como a sus familiares, sobre los posibles cambios que pueden experimentar en su estado de ánimo luego del parto, para que lo vean como parte de un proceso por el cual podrían pasar y no como algo que quisieran ocultar o callar.
4. En vista de la escasa información que se maneja dentro de la sala de maternidad del Hospital Nacional de Amatlán, es necesario dar mayor importancia y preparación en este campo a todas las trabajadoras de la salud, ya que son ellas las primeras en tener contacto directo con las pacientes.
5. Promover la inclusión de un abordaje multidisciplinario que esté conformado por profesionales de medicina, psicología y servicio social, que trabajen de forma interna en la sala de maternidad para que puedan detectar dicha alteración, como también, realizar el manejo terapéutico posterior, todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Bibliografía

- Alcocer, Alberto. (2009). **Manual de lactancia materna**. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Álvarez, Gastó, Cristóbal. (2008). **Sintomatología depresiva en atención primaria**. (1ª edición). España: Editorial Marge.
- André, Cristophe. (2010). **Los estados de ánimo: el aprendizaje de la serenidad**. (1era edición). España: Editorial Kairós.
- B., Avery, Fletcher, Mary Ann, MacDonald Mhairi G. (2001). **Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido**. (5ta edición). Argentina: Editorial Panamericana.
- Berger, Kathleen. (2007). **Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia**. (7ª edición). España: Editorial Médica Panamericana.
- Bleichmar, Juan Carlos. (2003). **Guía práctica para la mujer embarazada**. España: Ediciones Ojos de papel.
- Comino Delgado, Rafael, López García, Guillermo. (2004). **Obstetricia y ginecología**. (2ª edición). España: Editorial Ariel.
- Cornachione Larrínaga, María A. (2006). **Psicología del desarrollo: aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. (1ª edición). España: Editorial Brujas.
- Estalovski, Berta G. (2004). **Cómo vencer la depresión**. (1era edición). Buenos Aires: Editorial Ziel.
- Everingham, Chistine. (1997). **Maternidad: autonomía y dependencia**. (2da edición). Madrid: Ediciones Narcea.
- García Luis Silva, Delgado de Cos, Millán Bravo, Ramos León Fernando. (2005). **Servicio de salud de Castilla y León**. (1era edición). España: Ediciones Mad.
- Gemma Cánovas, Sau. (2010). **El oficio de ser madre: la construcción de la maternidad**. (1era edición). Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.
- Giles, Stephen. (2008). **Papá a bordo: la aventura de ser padre**. Barcelona: Editorial Robinbook.

- Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. (2008). **Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos**. (3ª edición). Bogotá: Edición Medica Internacional.
- Hyde, Janet Sh. (1991). **Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana**. (4ta edición). Madrid: Ediciones Morata.
- Knittel, Linda. (2007). **Vence la depresión: cómo mejorar el estado de ánimo y reducir el cansancio**. Madrid: Ediciones Nowtilus, S.L.
- Macarulla, José M., Goñi Félix M. (1994). **Bioquímica humana**. Barcelona: Ediciones Reverté.
- Marcelli, Daniel. (2007). **Psicopatología del niño**. (7ª edición). España: Editorial Elsevier Masson.
- Michelene, Mariela. (2002). **Un año para toda la vida**. Madrid: Editorial Masson.
- Moore, David P., Jefferson, James W. (2005). **Manual de psiquiatría médica**. (2ª edición). Madrid: Ediciones Elsevier.
- Orozco, Gabriela. (2005) **Madre solo hay una: sobrevivir la maternidad y no morir en el intento**. México: Ediciones Quarzo.
- Ortiz de Zárate, Alonso Durana, Ubis González, Ruiz de Azúa Velasco. (2011). **Trastornos del estado de ánimo**. España: Ediciones Masson.
- Rangel, Ana L, Sánchez Mireya, M. Ligia, Silva, Carlos. (1999). **Contribuciones a la psicología: el significado de la maternidad**. (1ª edición). Venezuela: Editorial de la Facultad de Humanidades y Educación.
- Sadurní i Brugué Marta, Rostán Sánchez Carles, Serrat Sellabona Elisabet. (2008). **El desarrollo de los niños, paso a paso**. (3ra edición). Barcelona: Editorial UOC.
- Silverthorn. (2008). **Fisiología humana: un enfoque integrado**. (4ª edición). Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Toro Greiffenstein, Ricardo José, Yepes Roldán, Luis Eduardo. (2004). **Psiquiatría**. (4ta edición). Colombia: Fondo Editorial CIB.
- Torres Morera, Luis Miguel. (2001). **Tratado de anestesia y reanimación**. Madrid: Ediciones Arán.

- Tubert, Silvia. (1996). **Figuras de la madre**. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Zamorano, Mercedes Almela. (2007). **Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva**. (1era edición). Madrid: Ediciones Delta.

Anexos

GLOSARIO

Título del proyecto: “Alteraciones del estado de ánimo en mujeres de postparto”.

- 1. Alteración:** se manifiesta a través de sensaciones como la ansiedad, miedo, irritabilidad, excitación, ira, resignación, depresión y culpabilidad.
- 2. Aprensión:** hace referencia a una idea infundada o miedo infundado a algún peligro.
- 3. Arraigado:** hacerse muy firme y difícil de extinguir o extirpar un afecto, virtud, uso o costumbre. Es decir, es algo establecido, fijado, aclimatado, habituado, acomodado o adaptado.
- 4. Atípico:** es algo que se aparta de las características representativas del género al que pertenece, convirtiéndolo en diferente, distinto, desacostumbrado o infrecuente.
- 5. Cronificar:** situación que se va extendiendo con el tiempo.
- 6. Depresión:** desmotivación, somatizaciones, distorsión de la afectividad, trastornos de la comunicación o de la sociabilidad y alteraciones en la forma de pensarse el propio sujeto y de pensar su realidad.
- 7. Disforia:** humor anormal y se aplica a los cambios, en general bruscos, de humor de relativa corta duración.
- 8. Dogmatismo:** es una posición filosófica respecto de la posibilidad del conocimiento. Conjunto de afirmaciones de una religión, doctrina o un sistema de pensamiento que se tienen por ciertos y seguros y se consideran verdades absolutas.
- 9. Estado de ánimo:** estar dispuesto a actuar y reaccionar de cierta manera.
- 10. Estrógenos:** producen varios cambios generales en la madre, para prepararla para el embarazo y para mantenerlo. Producen relajación vascular y aumento del flujo sanguíneo hacia el útero.
- 11. Eutimia:** estado de ánimo normal, situado entre la hipertimia y la distimia; es un comportamiento exterior jovial, humor alegre.
- 12. Ideología:** es el conjunto de ideas fundamentales que caracterizan el pensamiento de una persona, una colectividad o una época.

13. Intersubjetivo: hace referencia a la capacidad de los seres humanos de compartir deliberadamente con algún otro las experiencias subjetivas.

14. Labilidad emocional: conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad, como llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física.

15. Fase lútea: es la tercera fase del ciclo menstrual, empieza justo después de la ovulación y va hasta el día antes de que el siguiente periodo menstrual empiece.

16. Maternidad: estado o cualidad de la madre y forma parte de la esencia femenina.

17. Meconio: contenido intestinal del feto que se elimina poco después del nacimiento.

18. Melancolía: estado de ánimo doloroso, cesación del interés por el mundo, la pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de las funciones.

19. Parto: expulsión del feto y sus anejos a través de la vagina.

20. Primípara: mujer que pare por primera vez.

21. Progesterona: su función primordial es mantener el embarazo. Tiene un papel en el parto y en la supresión de la respuesta inmunológica materna a los antígenos fecales.

22. Psique: designación de todos los procesos y fenómenos que hacen la mente humana una unidad.

23. Puerperio: tiempo en que la mujer permanece en cama después del parto.

24. Transición: situación o estado intermedio entre uno antiguo o pasado y otro nuevo, al que se llega tras un cambio. Paso de un estado o modo de ser a otro distinto.

25. Vénix: comienza a segregarse alrededor de la semana veinte de gestación y protege la delicada piel del bebé de los efectos irritantes del líquido amniótico.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs. “Mayra Gutiérrez”
Revisora: Iris Janeth Nolasco Molina
Estudiante investigadora: Heiddy Magali Reyes Morales

Título del proyecto: “Alteraciones del estado de ánimo en mujeres de postparto”.

Cuestionario para mujeres de postparto

Instrucciones: marque con una “X” su respuesta.

1. ¿Qué edad tiene?

- Menor de 18 años
- De 18 a 25 años
- De 25 a 30 años
- Mayor de 30 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Unión libre
- Divorciada

3. ¿Qué escolaridad tiene?

- Primaria
- Básicos
- Secundaria
- Superior
- Ninguna

4. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- Primer embarazo
- Segundo embarazo
- Tercer embarazo o más

5. ¿Le han explicado con antelación, los posibles cambios que puede experimentar luego del parto?

Si No

6. ¿Sabe a qué se refiere la disforia postparto?

Si Explique _____

No

7. ¿Su estado de ánimo cambió luego del parto?

Si No

8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha presentado?

- Fatiga
- Agotamiento
- Tristeza
- Llanto
- Irritabilidad
- Insomnio
- Anergia
- Aislamiento
- Tensión
- Ansiedad
- Cefalea
- Confusión
- Despertar precoz
- Falta de memoria
- Labilidad emocional
- Trastorno del apetito
- Dificultad para concentrarse

9. ¿Ha recibido atención psicológica debido a estos síntomas?

Si No

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs. “Mayra Gutiérrez”
Revisora: Iris Janeth Nolasco Molina
Estudiante investigadora: Heiddy Magali Reyes Morales

Título del proyecto: “Alteraciones del estado de ánimo en mujeres de postparto”.

Cuestionario para Médicos

Instrucciones: marque con una “X” su respuesta.

1. ¿Le brindan información a las pacientes sobre la disforia postparto?

Si _____ En qué momento _____

No _____

2. ¿Existen pacientes que presentan alteraciones en su estado de ánimo luego del parto?

Si _____ No _____

3. ¿Cuál de la siguiente información utilizaría para darle solución a la situación, si llegara a presentarse?

_____ Brindarle información a la paciente

_____ Brindarle información a los familiares

_____ Referirlas al servicio de psicología

Otros _____

4. ¿Según su experiencia, cuál es la edad aproximada de las mujeres en la que llega a presentarse con mayor probabilidad la disforia postparto?

_____ Menor de 18 años

_____ De 18 a 25 años

_____ De 25 a 30 años

_____ Mayor de 30 años

5. ¿Considera que las mujeres que tienen su primer hijo están expuestas a manifestar la disforia postparto?

Si _____ No _____

6. ¿Según su criterio, cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la disforia postparto?

7. ¿Considera que las alteraciones en los niveles de estrógenos y progesterona luego del parto, influyen en la aparición de la disforia postparto?

Si _____ No _____

8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas presenta una mujer con disforia postparto?

- _____ Fatiga
- _____ Agotamiento
- _____ Tristeza
- _____ Llanto
- _____ Irritabilidad
- _____ Insomnio
- _____ Anergia
- _____ Aislamiento
- _____ Tensión
- _____ Ansiedad
- _____ Cefalea
- _____ Confusión
- _____ Despertar precoz
- _____ Falta de memoria
- _____ Labilidad emocional
- _____ Trastorno del apetito
- _____ Dificultad para concentrarse

9. ¿Sería oportuno que las madres que presentan disforia postparto reciban orientación psicológica?

Si _____ No _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs. “Mayra Gutiérrez”
Revisora: Iris Janeth Nolasco Molina
Estudiante investigadora: Heiddy Magali Reyes Morales

Título del proyecto: “Alteraciones del estado de ánimo en mujeres de postparto”.

Cuestionario para enfermeras

Instrucciones: marque con una “X” su respuesta.

1. ¿Sabe si las pacientes reciben información sobre la disforia postparto?

Si _____ En qué momento _____

No _____

2. ¿Existen pacientes que presentan alteraciones en su estado de ánimo luego del parto?

Si _____ No _____

3. ¿Cuál de la siguiente información utilizaría para darle solución a la situación, si llegara a presentarse?

- _____ Consultarle al doctor encargado
- _____ Brindarle información a la paciente
- _____ Brindarle información a los familiares
- _____ Referirlas al servicio de psicología
- Otros _____

4. ¿Según su experiencia, cuál es la edad aproximada de las mujeres en la que llega a presentarse con mayor probabilidad la disforia postparto?

- _____ Menor de 18 años
- _____ De 18 a 25 años
- _____ De 25 a 30 años
- _____ Mayor de 30 años

5. ¿Considera que las mujeres que tienen su primer hijo están expuestas a manifestar la disforia postparto?

Si _____ No _____

6. ¿Según su criterio, cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la disforia postparto?

7. ¿Considera que las alteraciones en los niveles de estrógenos y progesterona luego del parto, influyen en la aparición de la disforia postparto?

Si _____ No _____

8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas presenta una mujer con disforia postparto?

- _____ Fatiga
- _____ Agotamiento
- _____ Tristeza
- _____ Llanto
- _____ Irritabilidad
- _____ Insomnio
- _____ Anergia
- _____ Aislamiento
- _____ Tensión
- _____ Ansiedad
- _____ Cefalea
- _____ Confusión
- _____ Despertar precoz
- _____ Falta de memoria
- _____ Labilidad emocional
- _____ Trastorno del apetito
- _____ Dificultad para concentrarse

9. ¿Sería oportuno que las madres que presentan disforia postparto reciban orientación psicológica?

Si _____ No _____