



Universidad
Nacional
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Título: Depresión posparto y sus efectos en la subjetividad materna

Modalidad de Presentación: Investigación bibliográfica

Autor/a: Salvo Sequeira, María Celeste

Legajo: S-5827/1

Docente o Graduado/a Responsable: Brienza, Lucía

Año: 2024

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mis padres, Rosana y Gustavo, mis mayores maestros de la vida y quienes me han brindado la posibilidad de aventurarme en mi formación universitaria.

A mi hermana, Belén, quien ha sido testigo de mis horas de estudio y siempre ha estado para darme una palabra de aliento.

A mi novio Iván, ya que ha sabido sostenerme y motivarme en los momentos de frustración y ha festejado mis logros.

A mis compañeros universitarios, los cuales han hecho que el día a día en la facultad sea un espacio de encuentro, risas y solidaridad mutua.

A mi familia y amigos que siempre están presentes en cada paso de mi vida. Y por último, a cada docente ha sido parte de mi cursada académica y que ha contribuido a mi formación profesional y personal.

Agradecimientos	1
1.Resumen	3
2.Introducción	4
3.Objetivos	5
4. Desarrollo	6
-Perinatalidad desde una perspectiva integral	6
-Manifestación clínica de la depresión posparto	8
-Experiencia del embarazo y el parto y su relación con la depresión posparto	9
-Efectos de la depresión posparto en el desarrollo del niño	11
-Posibles modos de abordaje para la depresión posparto	13
5.Conclusiones	15
6.Referencias bibliográficas	17

RESUMEN

El presente escrito se propone como objetivo principal dar cuenta de las consecuencias de la depresión posparto en la salud mental materna. Para ello, se detalla el modo sintomatológico de la mencionada psicopatología y sus efectos sobre el psiquismo materno. Asimismo, se mencionan los efectos de la misma sobre el niño y cómo influyen en su desarrollo y en el binomio madre-hijo. Por otra parte, se abordan las causas o factores de desencadenamiento de dicha alteración subjetiva así como sus diversos modos de tratamiento. Este Trabajo Integrador Final tiene la estructura de una investigación bibliográfica y adopta un enfoque integral, trabajando el campo de la Psicología Perinatal desde una perspectiva ecosistémica, con el objetivo de diferenciar tal postura del modelo médico hegemónico contemporáneo. Por último, se propone también avanzar en la creciente visibilización y reconocimiento social de dicha psicopatología, así como profundizar este campo de estudios en la formación universitaria en Psicología.

Palabras clave: salud mental perinatal, subjetividad, depresión, puerperio. 3

INTRODUCCIÓN

Para comenzar, en el presente escrito a modo de Trabajo Integrador Final a presentar en la Facultad de Psicología perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario, el tema a desarrollar será el padecimiento subjetivo de la depresión posparto en mujeres puérperas. Para ello, se propone indagar la bibliografía actual acerca de la manifestación de la depresión posparto en la población mencionada, poniendo énfasis en el modo en cómo se presenta esta problemática que afecta psíquicamente a quienes la padecen y a su entorno familiar.

El propósito de este trabajo estará centrado en profundizar las consecuencias que conlleva la depresión posparto sobre la salud mental materna durante el puerperio. Para agregar, se tendrá en cuenta también los efectos que dicho padecimiento puede suponer en los primeros años de vida del bebé.

Se propone trabajar en este escrito adoptando una perspectiva más amplia que la

que promueve el Modelo Médico Hegemónico dominante en nuestros tiempos, el cual se caracteriza por un énfasis en la biologización y medicalización priorizando el aspecto meramente orgánico sobre lo emocional y psíquico. En relación a este punto, la Lic. María Rosa Ramírez (2009) en su artículo Salud Mental en Perinatología aporta al campo un encuadre basado prioritariamente en la subjetividad, sin dejar de tener en consideración los aspectos físicos. Ramírez (2009) sostiene que:

Durante el período perinatal, la madre y el bebé atraviesan una fase de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social, que no se repetirán en el curso del ciclo vital. La mirada de la madre hacia su hijo desde la gestación y la interacción que se genera entre ambos, da inicio a una relación atravesada por una subjetividad. (p. 110).

El embarazo, el parto y el puerperio se caracterizan naturalmente por una revolución física y hormonal que afectan no solo al cuerpo, si no también al psiquismo de la mujer gestante. La depresión posparto es la alteración subjetiva más frecuente durante el periodo perinatal. Así lo afirma un estudio realizado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional de Antofagasta (2003) donde sostienen que es una patología de presentación frecuente y con una frecuencia superior a lo enunciado por los escritos internacionales. Sin embargo, los autores critican la falta de atención suficiente para esta problemática en la literatura actual.

Vale agregar que la experiencia del embarazo y el parto, como etapas previas al puerperio, serán determinantes -junto con otros factores- en el periodo posparto. Suele ocurrir, en situaciones desfavorables, que la mujer experimente algún tipo de alteración psíquica que no le permita transitar saludablemente este proceso. En aquellos casos es necesario un adecuado tratamiento psicológico que acompañe a la mujer y al grupo familiar si así lo requiere. Sin embargo, postula Ibone Olza, una referente dentro del campo de la Psicología Perinatal, que “la salud mental de las mujeres en el embarazo, parto y posparto ha recibido escasa atención por parte de los sistemas públicos y privados de salud” (p. 1, 2021)

Por otra parte, se destaca la ausencia de abordajes teóricos en este campo, y de la salud mental perinatal en general, dentro del Plan de Estudios de la formación en Psicología en la Universidad Nacional de Rosario. En este sentido, los psicólogos graduados de esta casa de estudios se encuentran con escasas herramientas conceptuales y nulas prácticas en el mencionado ámbito. Por lo tanto, se ha decidido abordar esta temática en el presente recorrido bibliográfico a modo de Trabajo Final de modo tal que contribuya a su ampliación teórica dentro de la Universidad Nacional de Rosario teniendo en cuenta que es un área de vacancia en la formación y, también, debido a su creciente interés tanto a nivel social como a nivel universitario. Se sugiere para tal fin la investigación bibliográfica como modalidad de

4

escritura puesto que se llevará a cabo una revisión de los textos referidos a la propuesta aquí planteada y un posterior análisis crítico en función de los mismos. En este sentido, se trabajará en el primer apartado del desarrollo el concepto de perinatalidad abarcándolo desde una posición integral dejando de lado los reduccionismos biomédicos dominantes en estos tiempos. A partir del desarrollo del periodo perinatal, se enfatizará especialmente en el puerperio y en las posibles alteraciones psicopatológicas que pudiesen surgir en ese periodo. La depresión posparto será la noción central que compete a este trabajo y será desarrollada en el segundo apartado, por lo cual se procederá a detallar la manifestación clínica de dicho padecimiento subjetivo. Asimismo, en el siguiente subtítulo, se indagará en las posibles causas de aparición de una depresión posparto teniendo en cuenta la experiencia del embarazo y el parto como etapas previas al puerperio propiamente dicho.

Posteriormente, en el cuarto punto, se mencionará también las consecuencias que puede padecer un niño durante su desarrollo cuya madre padece de una depresión posparto. Por último, en el quinto apartado, con el objetivo de brindar posibles soluciones a la depresión posparto, contribuir al alivio sintomático y favorecer al bienestar materno-infantil, se intentará dar cuenta de modos de abordaje terapéuticos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar en la bibliografía consultada cómo afecta la depresión posparto a la salud mental materna.

Objetivos específicos:

- Describir la depresión posparto y su sintomatología característica. - Indicar posibles consecuencias de la depresión posparto en el desarrollo del niño.
- Indagar (si existiesen) posibles causas de desencadenamiento de una depresión posparto y posibles modos de intervención psicoterapéutica.

DESARROLLO

Perinatalidad desde una perspectiva integral

A modo de introducción, será necesario definir algunas categorías conceptuales primordiales para abordar el tema a trabajar. En primer lugar, se hará referencia al término perinatal. Para ello se toma un artículo titulado Acompañamiento Perinatal publicado por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia en el año 2022 donde se afirma que “El término perinatal se refiere al proceso que abarca la gestación, el parto, el nacimiento y el puerperio, en sus dimensiones física, emocional y psicológica, y que incluye a la persona gestante, la y el recién nacido y su entorno.” (p. 10)

En el mencionado artículo se encuentra asimismo información básica y una serie de recomendaciones para el proceso mencionado. Se menciona también allí la existencia de la Ley Nacional 25.929 de Parto Respetado, la cual es una normativa legal que sirve de guía para los desarrollos teóricos del presente trabajo.

Por añadidura, es pertinente delimitar entonces el campo de la Psicología perinatal. Para ello, nos serviremos de un aporte tomado de un Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología donde se define del siguiente modo: La Psicología perinatal, constituye un nuevo campo específico de la Psicología que

aborda aquello que rodea el nacimiento, es decir, embarazo/gestación, parto/nacimiento, puerperio/primeros años de vida del niño, insertándose consecuentemente en las diversas áreas de la salud materno infantil desde una perspectiva vincular. (Santos, María & Oiberman, A, 2011, p. 120)

A fin de demarcar el objetivo propuesto, se tomará al puerperio como categoría central del presente escrito. El puerperio se define como "Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación" (Real Academia Española, 2014). Por otra parte, en el sitio oficial del Ministerio de Salud Nacional se encuentra una breve mención del mismo con una serie de recomendaciones para lograr un óptimo estado de salud posible tanto de la madre como del bebé. Allí se refiere a la importancia de los cuidados médicos en esa etapa y se detallan algunos signos de alerta. Asimismo, se explicitan ciertos cambios corporales en función de la alimentación del bebé y se menciona un proceso de adaptación para poder volver al estadio anterior.

Frente a esto, surgen algunos interrogantes: ¿es posible volver al estado anterior después de parir? ¿Qué alteraciones psíquicas pueden surgir en el puerperio? ¿Cómo estas alteraciones afectan a la subjetividad materna? Si bien el cuerpo puede volver a recuperar su forma o volver a funcionar como lo hacía anteriormente al embarazo, se ubican ciertos cambios a nivel psíquico que transforman subjetivamente a las personas que han atravesado un embarazo y un parto, y se encuentran atravesadas por la maternidad.

En este sentido, se observa en ambas definiciones mencionadas una visión reduccionista del término puerperio, ya que ambas están centradas en las características físicas y orgánicas del cuerpo. Es decir que las definiciones más convencionales sobre puerperio están fundamentadas desde el marco del paradigma del Modelo Médico Hegemónico. Lo que refiere al mencionado Modelo Médico Hegemónico se puede ubicar en los desarrollos teóricos de Menendez (1988), quien detalla las características fundamentales de dicha corriente del siguiente modo:

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (p. 2)

En relación a esto, Olza (2021) subraya que "tradicionalmente la obstetricia ha centrado su atención en los aspectos más físicos, mostrando escaso interés por los procesos psíquicos de la reproducción" (p. 1). Para diferenciarse de este enfoque biologicista, la autora propone un nuevo modelo aplicable a la comprensión y la atención en el campo perinatal el cual denomina como modelo ecosistémico (p. 2). Se podría definir este

modelo como un enfoque con base sistémica y fenomenológica. Este nuevo método de abordaje de la subjetividad materna tiene algunas de sus bases en la epistemología sistémica, así como también toma apartes de la teoría que Bronfenbrenner (2002) desarrolló acerca de la ecología del desarrollo humano.

Continuando en esta línea, se considera fundamental acompañar a la persona gestante durante el periodo perinatal no sólo teniendo en cuenta los aspectos de la salud física tanto de ella como del bebé, si no que también es esencial abarcar la salud mental. Esto lo explica Ramirez (2009) al mencionar una mezcla de transformaciones físicas y emocionales que son experimentadas por la madre desde la concepción y que pueden perdurar hasta el posparto.

Con la confirmación de la noticia del embarazo, se iniciará un complejo proceso de alojamiento psíquico del futuro hijo. El cuerpo cambia al mismo tiempo que el estado de ánimo y aparece una alternancia de sensaciones entre malestares físicos y el placer de estar embarazada. Comienzan los miedos que forman parte de este proceso que se inicia con la concepción. (p. 2)

Por otro lado, otro autor que refiere a este proceso de transformación que ocurre en la madre durante su gestación y puerperio es Daniel Stern. Stern (1997) define como constelación maternal a este nuevo modo de organización psíquica de la madre. Dentro de esta denominada constelación maternal incluye ciertas “tendencias a la acción sensibilidades, fantasías, temores, deseos” (p.1) El autor propone entonces, a partir de este concepto, que los profesionales adopten un nuevo marco de tratamiento que aspire a un nuevo tipo de alianza terapéutica entre clínico y paciente.

Es por ello que, debido a esta serie de cambios que ocurren en la mujer gestante durante su embarazo y posparto, puede derivarse de dicho proceso una alteración psicopatológica que requiera mayor atención por parte de un equipo profesional. Sin embargo, frente a la amplia gama de manifestaciones psicopatológicas durante el período perinatal, se centrará aquí la cuestión en la sintomatología depresiva que se manifieste en el periodo posparto. Es pertinente definir a la depresión como psicopatología clínica para luego trabajar con esta problemática particularmente en madres puérperas

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, se acompaña de diversos síntomas psíquicos tales como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria, así como de síntomas físicos como disminución de la libido, anorexia-hiperfagia. (Díaz, Amato, et. al., 2013. p. 33)

Tomando un artículo acerca de la depresión posparto y su atención en el sistema de salud nacional (2016), la autora allí refiere que la depresión posparto puede definirse como un episodio depresivo de tipo no psicótico que se inicia en el periodo posterior al parto y puede entenderse como una forma intensificada de tristeza. Asher (2016) menciona asimismo que dicha alteración psicopatológica puede convertirse en una depresión de tipo crónica si no es correctamente tratada.

En síntesis, la depresión posparto es una problemática actual que afecta subjetivamente a las madres. Resulta fundamental no subestimar sus efectos sobre la salud

Manifestación clínica de la depresión posparto

Continuando con el recorrido anterior, se concluye que la depresión posparto, si bien comparte ciertos patrones con el trastorno depresivo clasificado en el DSM V, se le agrega también sintomatología propia del periodo perinatal. En ese sentido, la depresión posparto puede entenderse como una manifestación de sintomatología que persiste como mínimo 2 semanas en la cual se puede incluir entre sus síntomas:

Tristeza y llanto, pérdida de interés por aficiones cotidianas, falta de libido, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, falta de concentración y atención, sentimientos de culpabilidad e incapacidad para afrontar el cuidado del recién nacido y ambivalencia en cuanto al afecto hacia el bebé, pensamientos recurrentes de muerte, entre otros. (Orri, 2015, p. 17)

Asimismo, se podría agregar entre la sintomatología depresiva posterior al parto sentimientos de culpa, ansiedad, sensación de no ser una buena madre, desesperanza, crisis de llantos, lentitud en el lenguaje y en los movimientos, melancolía y sensación de infelicidad. (Villegas, et al., 2019)

En este sentido, la diferencia entre la sintomatología propia de la depresión que se manifiesta durante el puerperio de aquella depresión generalizada, refiere a que el periodo posparto implica un mayor estado de vulnerabilidad que implica ciertos riesgos para la madre, así como también como para el bebé, y es por tal motivo que requieren considerarse por separado. (Fernandez Vera et al., 2014)

En lo concerniente a la aparición de dicha patología, Fernandez Vera et al. (2014) mencionan en su artículo que la depresión posparto puede presentarse a los pocos días o varios meses después del nacimiento del hijo, es decir que su periodo de aparición puede ser variable. Por otra parte, es necesario aclarar también que dicho padecimiento puede ocurrir con la llegada de cualquier hijo y no necesariamente con el primero. Es decir que una experiencia propia de maternidad anterior no excluye a las madres de sufrir depresión posparto frente a la llegada de otro hijo.

Un aspecto a destacar refiere a la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial de depresión posparto ya que la sintomatología depresiva del puerperio suele confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida tan movilizante como lo es tener un hijo. Es probable que, por los cambios hormonales que conlleva la gestación, la madre experimente cierta tristeza, inestabilidad emocional, insomnio, fatiga, irritabilidad y/o ansiedad. En esas situaciones, esperables y frecuentes, no se requiere tratamiento farmacológico, si no que con la contención y el apoyo familiar será suficiente para recuperar el bienestar, entre otras intervenciones posibles. (Castellón, A., 2012)

Sería pertinente entonces diferenciar el cuadro de una depresión posparto con otros cuadros psicopatológicos que se le puedan asemejar en lo que respecta a la sintomatología. Entre los malestares asociados a la depresión posparto, se puede mencionar a la tristeza puerperal. Este último refiere a un estado emocional que experimentan la mayoría de las mujeres luego de parir (entre el 50% y el 90%) y el cual se caracteriza por ser una respuesta habitual frente a esta nueva etapa vital. La tristeza puerperal no se clasifica como un trastorno afectivo ya que su curso de duración va disminuyendo progresivamente su intensidad hasta desaparecer por completo. El desarrollo de este malestar suele aparecer en el momento posterior a la externación del sanatorio y el regreso al hogar con el nuevo integrante sin el soporte médico de la institución hospitalaria. Se podría afirmar que dicho estado consiste en sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, inseguridad por parte de la madre en tanto se siente incapaz de brindarle los cuidados necesarios, sensación de agobio debido a la pérdida de la libertad personal, falta de sueño que puede provocar irritabilidad, entre otros síntomas que son causados por los cambios drásticos que ocurren en la madre en pocos días. Es decir que, las alteraciones

físicas tales como los dolores propios de los casos de cesárea, episiotomías, cicatrices tienen sus efectos en el psiquismo de la madre puérpera haciendo posible el desarrollo de una tristeza posparto. En cuanto al tratamiento de la misma, no es imprescindible la intervención psicoterapéutica y en general no se requiere la asistencia farmacológica en tanto es considerado como un cuadro benigno y de rápida resolución en unas pocas semanas. El apoyo y la contención del círculo íntimo serán suficientes para sobrellevar este malestar. (Mazaira, 2016)

Continuando con el artículo publicado por Mazaira (2016), cabe mencionar a la psicosis posparto como la patología más severa del puerperio, la cual es considerada como emergencia psiquiátrica y cuyo nivel de prevalencia es menor al 0,5% en las mujeres puérperas. La autora hace una descripción de este cuadro patológico describiendo sus síntomas y su abordaje terapéutico. En lo que respecta a la sintomatología, la misma aparece abruptamente los primeros días posteriores al parto, y se caracteriza por presentarse como un “pensamiento desorganizado, estado confusional, notoria fluctuación afectiva y presencia de síntomas psicóticos como ideas delirantes y alucinaciones de todo tipo.” (p. 351).

Suele ocurrir que el delirio esté mal sistematizado, causando una perturbación en el sueño y la conducta de la madre tornándose bizarra. Teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática, se requiere el empleo de antipsicóticos y estabilizadores del ánimo recetados por un profesional. Si su tratamiento no es rápido y agresivo en su aplicación, en tanto el cuadro es considerado una emergencia médica, se puede derivar en episodios maníacos, cuadros de despersonalización y/o agitación psicomotriz.

En la actualidad, el método más utilizado para diagnosticar específica y eficientemente casos de depresión posparto es una herramienta denominada Escala de Edimburgo. Dicha técnica consiste en una encuesta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una de ellas. La madre será quien reporte la respuesta que considere más acertada en cuanto a su experiencia personal. Entre esas 10 preguntas, la mayoría interrogan acerca de la disforia, otras preguntas refieren a cuestiones relacionadas a la ansiedad, mientras que las restantes pretenden indagar sobre los sentimientos de culpa, ideas suicidas y dificultades de concentración. Luego de obtener las respuestas, se suman los puntajes obtenidos y se obtiene un indicio acerca de la existencia de un trastorno de ánimo durante el puerperio. (Castellón, A., 2012) El profesional que evalúe los resultados obtenidos de esta aplicación, será el encargado de derivar a profesionales especializados en salud mental para realizar un diagnóstico más exhaustivo y posterior tratamiento en caso de ser necesario.

Esta herramienta sirve para evaluar el estado anímico de la mujer puérpera y se considera una práctica rápida y fácil de aplicar en las consultas médicas, así como también accesible a los funcionarios de salud. Suele administrarse por pediatras en las primeras consultas médicas por el recién nacido.

Tal como indica la doctora Villegas “El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal”. (2019)

En cuanto a la evolución del cuadro, en casos de depresión moderada se puede esperar una mejoría alrededor de los 6 meses posteriores al parto aproximadamente. Sin embargo, si la sintomatología ha de ser severa se puede ubicar un curso prolongado y alargado del trastorno depresivo, donde se pueden observar consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido, viéndose alterado el vínculo entre ambos que debería desarrollarse durante los primeros días posparto. En estos casos de sintomatología severa, puede darse como resultado una tentativa o realización de actos suicidas por parte de la madre. (Fernandez Vera et al., 2014)

Experiencia del embarazo y el parto y su relación con la depresión posparto En este apartado, se intentará dar cuenta de las posibles causas de desencadenamiento de una

depresión posparto. Teniendo en consideración que dicha psicopatología ocurre en los momentos posteriores al parto, podría pensarse que existe una relación entre el periodo de la gestación y el momento del parto con la posible aparición de sintomatología depresiva.

9

Sin embargo, la autora Eva Chapela Orri (2015) afirma que “en la actualidad no se conocen las causas concretas que desencadenen la depresión durante el posparto, sino que más bien se trata de una relación multifactorial entre la asociación de factores biológicos-hereditarios-psicológicos y sociales” (p. 16)

Vale aclarar que el nacimiento de un hijo es un hecho significativo y de un gran impacto en la vida de las personas, es un momento que rompe con cierto equilibrio homeostático para dar lugar a un nuevo modo de ser. Esto supone entonces un período de crisis y de movimientos subjetivos para las recientes madres, que puede traer como consecuencia el desarrollo de algunos tipos de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio.

En este sentido, Olza (2012) menciona que existen en la actualidad algunos estudios sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos propios del periodo posparto donde se destacan como principales influencias al desarrollo de los mismos la influencia del tipo de parto y la vivencia que tenga la madre del mismo. Carrascosa (2010), por su parte, escribe un artículo sobre la importancia del parto natural en donde afirma que:

Tanto la mujer, como el bebé humano están perfectamente adaptados al proceso de parir y nacer, siendo para ellos un proceso natural, fácil, sencillo y seguro, para el que están perfectamente preparados, siempre que transcurran dentro de su hábitat normal, con las condiciones y requerimientos que precisan. (p. 24)

No obstante, hay situaciones en las que no es posible garantizar un tipo de parto natural o se fuerzan intervenciones obstétricas innecesarias, en contra de lo postulado por el artículo N° 2 de la Ley N° 25.959 de Parto Humanizado (2004), el cual sostiene el “derecho al parto natural y respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”.

Se podría decir entonces que “los factores obstétricos, el tipo de parto, el retraso en el primer contacto madre-hijo, el estado de salud del recién nacido o su ingreso en una unidad de neonatología pueden influir en la aparición de trastornos afectivos del puerperio” (Olza, s/a, p. 1)

Vale agregar que, cada mujer puede decidir sobre su tipo de parto y la forma en que desea ser asistida por el equipo profesional. Todos estas peticiones personales quedarán registradas en el Plan de Parto. Sin embargo, es necesario mencionar y advertir a cada madre sobre la posibilidad de que dicho plan puede cambiarse si alguna situación específica y demostrable pone en riesgo tanto la salud de la madre y/o del bebé. En tales casos, la madre deberá estar de acuerdo y brindar su consentimiento. En este aspecto, la mujer debe estar correctamente informada si existiesen posibles modificaciones de plan pre-armado con el objetivo de que no se sienta desilusionada luego del parto en caso de que no haya sido como lo deseó. Los profesionales que la acompañen deben procurar que su experiencia sea lo más amena posible, y en caso de estar acompañada en este proceso por un psicólogo perinatal, sería beneficioso trabajar en un espacio de terapia sobre las expectativas que tiene respecto al parto.

En caso de realizar intervenciones que estén excluidas del Plan de Parto, el equipo médico debe informar a la madre de cada práctica por realizar y explicar de modo sencillo y de fácil comprensión cómo y por qué motivos se llevará a cabo dicha modificación del plan. Este aspecto está detallado en la Ley de Parto Respetado N° 25.929 (2004) en el Artículo N° 2 donde se menciona, entre otros apartados, que: “Toda mujer, en su relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene el derecho a: ser informada sobre

las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existiesen diferentes alternativas”.

En este punto, “sería de suma importancia reflexionar acerca de la existencia de una articulación de la ley jurídica con el campo de la subjetividad” (Calderone, 2021, p.15). Específicamente en el campo perinatal, rige la ley N° 25.929 mencionada anteriormente. No obstante, existen situaciones, que son todavía la mayoría, en las cuales los derechos de la mujer no se cumplen. Estas lamentables prácticas y/o palabras dirigidas

10

hacia la madre por parte del equipo médico profesional, pueden ser muy dañinas para la salud física y mental materna, produciendo grandes consecuencias a nivel subjetivo. En este punto, se define a la violencia obstétrica como una de las tantas formas de ejercer violencia sobre la mujer. La autora Calderone (2021) en su artículo sobre Violencia obstétrica y duelo afirma que “la violencia obstétrica ... se encuentra naturalizada y arraigada en el discurso médico hegemónico. Es ejercida por muchos profesionales de la salud ya sea física o psicológicamente a través de dichos, frases o prácticas no consentidas.” (p.13).

Teniendo en cuenta la existencia de la violencia obstétrica, podría pensarse que aquellas madres que han sido víctimas de violencia de este tipo durante su proceso de gestación o durante el momento del parto, serán más vulnerables a desarrollar una depresión posparto debido a los malos tratos recibidos.

De todos modos, no solo hay que tener en cuenta el tipo de parto si no también el periodo del embarazo para evaluar el inicio de una depresión posparto, entendiendo el embarazo como una crisis vital y narcisista en donde se ponen en juego permanentes cambios físicos, psicológicos y sociales, y el cual puede funcionar como una fuente de conflictos en tanto que re-activa la historia personal y re-edita antiguas vivencias (Ramirez, 2009). Vale destacar que existen embarazos de destacada evolución que culminan en partos y puerperios sumamente complejos, así como también a la inversa procesos gestacionales con mayores dificultades culminan en maravillosos partos.

En la actualidad, existe una corriente que parte de la idea de que la depresión es el resultado de una alteración de las sustancias químicas en el cerebro, más específicamente, de una baja de actividad de la serotonina. Este fundamento proporciona una justificación para la indicación de administración de antidepresivos para tratar la depresión. Sin embargo, se ha realizado un estudio acerca de esta teoría de la disminución de la serotonina como desencadenante de la depresión y se ha evidenciado allí que no hay evidencia convincente de tal relación de causa y efecto. (Moncrieff, et al., 2022)

Por último, se podrían destacar como posibles factores desencadenantes de esta patología:

La falta de redes de apoyo, madres adolescentes, embarazos no deseados, bajo

nivel socioeconómico y el desempleo... al igual que, la vulnerabilidad de las pacientes con antecedente previo de cuadros de depresivos, antecedentes familiares de depresión o depresión durante el embarazo. Además, se ha asociado con más riesgo de sufrir depresión en las mujeres víctimas de violencia de género. (Villegas, et al., 2019)

Recapitulando, es visiblemente dificultoso dilucidar fuentes precisas de desencadenamiento de depresión posparto que puedan ser generalizadas a las maternidades. Sin embargo, si se quisiera dar un sustento más teórico a la aparición de dicha psicopatología, podría afirmarse que los principales factores que vuelven a las mujeres más vulnerables a padecer una depresión posparto incluyen antecedentes de psicopatología, depresión o ansiedad prenatal, mala relación con pareja, bajo apoyo social y acontecimientos vitales estresantes. (Sejal, 2016)

Efectos de la depresión posparto en el desarrollo del niño

Para comenzar, será necesario aclarar que la necesidad física indispensable para la supervivencia de un niño pequeño no es la única necesidad que tiene un infante en sus primeros tiempos de vida. A esta necesidad orgánica y vital, se le agrega una necesidad de tipo afectiva en la cual el bebé necesitará establecer con su principal cuidador, probablemente su madre o quien ejerza en cada caso la función materna.

En efecto, entre los posibles efectos de la depresión posparto que impacten en el bebé, se podría ubicar un descuido por parte de su madre hacia él, provocando en

11

consecuencia una disminución de la lactancia materna y generando un mayor riesgo de desnutrición, enfermedades respiratorias y demás infecciones. (Fernandez Vera et al., 2014) Desde un punto de vista psicoanalítico, tomando algunos aportes de Winnicot, se podría decir que la depresión materna afecta en la estructuración psíquica durante el primer año de vida del bebé, ya que dicho padecimiento no solo influye en la maduración psicomotriz del mismo, si no que también puede tener consecuencias en el desarrollo de la afectividad, los procesos de aprendizaje y la capacidad de relacionarse con estímulos exteriores. (Schejtman, 2004)

En lo que respecta a la teoría psicoanalítica freudiana acerca de las consecuencias de la depresión posparto en los infantes podría decirse que:

Teniendo en cuenta el papel decisivo que la madre cumple en los procesos de estructuración del psiquismo, podemos inferir que la depresión materna en los primeros tiempos de estructuración del psiquismo puede constituir un déficit de los suministros libidinales, y en el apuntalamiento sexualidad-autoconservación, llevando a una precariedad en el núcleo narcisista del yo investido por pulsiones, ligado al placer purificado, cuyas consecuencias en el desarrollo del infante pueden ser la proclividad a la desinvestidura, a la desligazón y a una tendencia a fallas en la discriminación entre el estímulo pulsional y el estímulo exterior. (Schejtman, 2004, pp. 287-288)

Se puede concluir entonces que las madres deprimidas son capaces de producir en el niño mayores fallos en el logro de la aparición de afectos negativos así como también dificultan el establecimiento de interacciones positivas con el exterior.

Desde otra perspectiva teórica, John Bowlby (2009) es un autor que ha desarrollado la Teoría del apego, entendiéndose este último como aquel vínculo emocional que desarrolla el niño en relación con sus padres o sus cuidadores que le proporcionará, en el mejor de los casos, la seguridad emocional indispensable para la exploración del entorno y para un buen desarrollo de la personalidad en pos de la búsqueda de la autonomía personal.

En consecuencia, “según la interacción que se establezca entre la madre y el niño, en éste se crea un esquema mental de lo que puede esperar de su madre” (Lazaro et al, 2024). Vale aclarar en este aspecto que existen distintos modos de vinculación entre un niño y su figura de apego. A partir del modo en que se vincula cada niño con su madre o su cuidador principal, es que desarrollará un modo de conocimiento particular de su entorno y un estilo de personalidad individual. Entre los tipos de apego que pueden existir se ubica el apego seguro, apego ansioso-evitativo y apego ansioso-ambivalente.

“La vinculación afectiva es la relación recíproca, afectuosa y fuerte entre dos

personas” (Lazaro et al, 2024). En aquellos casos en donde la madre se encuentre atravesando un cuadro psicopatológico, tal como lo es la depresión posparto, que no le permita establecer una relación afectiva segura con su niño, los niños no pueden visualizar a su figura de apego como a una persona empática, disponible, capaz de entender las señales que se le brindan, ni con capacidad de respuesta.

Para Sroufe (2000), “el apego es concebido como la regulación diádica de la emoción; pronostica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones por el niño”. Por contraste, podría pensarse que aquellos infantes que no han podido desarrollar un tipo de apego seguro con su figura de apego tendrán mayores dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales saludables, mayor probabilidad de padecer problemas emocionales, y mayor riesgo de sufrir ansiedad y/o estrés en situaciones nuevas. Esto podría ser efecto de una infancia en la cual la madre

12

no ha sido capaz de proporcionar las bases para un desarrollo de apego seguro debido a su padecimiento de alguna psicopatología propia del puerperio.

A modo de síntesis, es sabido que la relación entre la díada madre-hijo es fundamental, principalmente, durante los primeros años de vida de todo sujeto. Idealmente, si la madre responde de manera correcta y puede interpretar las necesidades de su niño, le brindará protección y seguridad a partir de la cual podrá desarrollar su subjetividad emocional de manera saludable. Por el contrario, si dicho vínculo ha sido afectado por la presencia de algún trastorno del ánimo se verá también afectado el vínculo entre la díada y la calidad de la convivencia y relación entre ambos.

Posibles modos de abordaje para la depresión posparto

Si bien es necesario destacar la importancia de un adecuado tratamiento profesional y encuadrado dentro un marco psicoterapéutico para trabajar los casos de depresión posparto, hay que abandonar la idea de que solo los psicólogos deben tener conciencia de esta problemática. Asher (2016) sostiene que todos los trabajadores de la salud, incluyendo a médicos y enfermeras, deben conocer tales enfermedades para poder detectar si alguna de sus pacientes presenta dicha sintomatología. En este sentido, esta ampliación del tratamiento de la depresión posparto hacia otros campos disciplinares permitiría la posibilidad de una detección temprana de la misma. Se sugiere, en consecuencia, la incorporación de un psicólogo perinatal en la guardia neonatal. (Santos & Oiberman, 2011).

En consonancia con esta propuesta de ampliar a diversas disciplinas los conocimientos en el campo perinatal, las autoras Santos y Oiberman (2011) sostienen que “un abordaje perinatal requiere del trabajo codo a codo de profesionales de diversas disciplinas que trabajando en equipo aborden la salud materno-infantil desde una perspectiva integral e integradora de la madre, el bebé, la díada, en un contexto familiar.” (p.123)

Asimismo, sería pertinente comentar en qué consiste el modelo ecosistémico mencionado anteriormente como un enfoque disruptivo en lo que respecta al tratamiento en salud mental perinatal planteado por Bronfenbrenner (2002). El autor sostiene que su teoría ecológica recae sobre la identificación de cinco sistemas ambientales con los cuales interactúa un individuo. Estos sistemas son: el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. La teoría expuesta supone que los psicólogos comunitarios estudian las relaciones persona-ambiente, es decir, el contexto, teniendo en cuenta esta diferenciación de sistemas ambientales, los cuales dependen unos de otros. El tratamiento psicológico desde esta perspectiva, por lo tanto, equivale a integrar al individuo, el ambiente ecológico concebido como un conjunto de estructuras en serie. En resumidas cuentas, el modelo ecosistémico puede definirse como “una teoría de las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo psicológico” (p. 28). Este modelo teórico propone abordar los problemas en el campo perinatal desde una perspectiva globalista, enlazando al humano con su contexto ambiental

que lo rodea e influencia, dejando de lado los individualismos. Podría afirmarse entonces, que para trabajar con un psicopatología siguiendo este enfoque, implicaría tomar como factor principal al contexto, estudiando al humano en situación y en constante concordancia con su ambiente.

Otro aspecto a destacar en el tratamiento de la depresión posparto es la importancia de la creación de una red que sirva de apoyo para la madre. Stern (2003) explica que “la madre necesita crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora de manera que pueda cumplir totalmente las dos primeras funciones de mantener al bebé en vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo” (p.3)

En el artículo mencionado anteriormente acerca de Acompañamiento Perinatal (2022) se explicita la importancia del acompañamiento constante a la persona puérpera haciendo énfasis en no dejarla sola por mucho tiempo. Esto se debe a que tal periodo implica una necesaria asistencia y disponibilidad por parte del entorno hacia la madre debido a los cambios físicos, hormonales y psíquicos que ella está atravesando durante su reciente maternidad. En este sentido, se destaca la necesidad de un sostén afectivo, que no juzgue y que se muestre colaborativo. Cuando se habla de sostén afectivo, puede referirse

13

a una red de mujeres que sean capaces de darle su apoyo o al sostén emocional brindado por una pareja y/o familiares.

Sin embargo, para finalizar, es pertinente aclarar que la depresión posparto es una problemática psicopatológica que debe ser tratada como tal y abordada por un profesional idóneo en el campo. Por lo tanto, el psicólogo perinatal es el encargado de trabajar con la madre en este periodo de vulnerabilidad que tiene consecuencias para ella, para el bebé y para su grupo familiar. Por último, vale aclarar la importancia de recurrir a tratamiento psicofarmacológico trabajando interdisciplinariamente entre psicólogo perinatal y psiquiatra en caso de ser necesario para el bienestar y la salud del binomio en cuestión.

CONCLUSIONES

A modo de reflexión final, resulta fundamental visibilizar la existencia de maternidades reales. Sin embargo, hablar de realidad también puede sonar contradictorio, ¿Qué sería una maternidad real y una no real? ¿Cuáles serían los indicadores de tal realidad? En este sentido, a lo que se apunta es a la importancia de sacar a la luz distintas experiencias de gestaciones, partos y puerperios tomando a cada una de estas vivencias en su singularidad.

Hablar de singularidades implica que cada caso debe ser abordado particularmente

sin dejar de considerar el entorno sociocultural que envuelve a la madre y a la familia. En este punto, la familia debe considerarse como un factor crucial para el desenvolvimiento de una relación saludable entre el binomio madre-hijo. La familia, de sangre o quienes ejercen en su lugar, deben mostrarse como personas disponibles y empáticas para la madre y su bebé. La mujer gestante o la mujer puérpera, quien se encuentra atravesando una revolución hormonal que la transforma subjetiva y físicamente necesita de un entorno contenedor, una red de apoyo protectora. Y en algunos casos, esa red de apoyo puede ser el servicio de un profesional que se encuentra trabajando en el caso. Sería beneficioso pensar como un objetivo posible para los graduados en Psicología que estos adopten en su práctica profesional una perspectiva o una posición empática que les permita presentarse y mostrarse frente a un otro como una persona capaz de sostener, informar y acompañar, de modo tal que ese otro pueda sentir como un espacio de apoyo el encuentro con el profesional.

En otra línea de ideas, es oportuno plantear que en la actualidad la depresión posparto es una alteración socialmente conocida. A pesar de sus prejuicios o su errónea concepción social, puede considerarse que la depresión posparto es uno de los más conocidos trastornos en materia de salud mental materna. Frente a esto, podría plantearse el interrogante de cómo poder avanzar en la visibilización de la salud mental perinatal teniendo en cuenta la diversidad de alteraciones que pueden presentarse en dicho período, ya sea desde la gestación pudiéndose presentarse ansiedades, fobias, miedos al parto o en el puerperio propiamente dicho, donde además de depresión pueden aparecer otros modos de alteración psicopatológica producto de esta adaptación al nuevo estilo de vida que supone cuidar y criar un hijo. Esta apreciación implica que aún se ubica un reduccionismo o una falta de interés y/o reconocimiento en la amplia gama de alteraciones subjetivas propias del período perinatal.

Por otro lado, se observa notablemente que el reconocimiento acerca de la importancia de la salud mental en líneas generales ha incrementado profundamente en los últimos años, quizás esto pueda pensarse como un producto de la post-pandemia. En consecuencia, podría afirmarse que la divulgación de la salud mental materna también ha crecido en la actualidad teniendo en cuenta su creciente aparición en los medios masivos de comunicación. Es valioso reconocer dicha promoción de la salud mental materna en los espacios comunes a la sociedad. Sin embargo, en la etapa de consumo excesivo en la cual vivimos, el exceso de información puede ser un aporte negativo al campo de las maternidad, ya que se pueden encontrar ciertos mandatos acerca de cómo gestar, como parir, como destetar y como criar “correctamente”. En este punto, resulta importante destacar que cada experiencia es única y está regida por el sabio funcionamiento de la fisiología humana. Con este postulado se hace referencia a que no hay un mandato o una forma correcta de materner, si no que cada vivencia dependerá del vínculo madre-hijo, de la relación con la familia que contiene, del entorno sociocultural en que se desarrolla y de los tiempos de cada binomio en particular.

Es así como inevitablemente se vuelve al punto de inicio de ¿Qué decimos cuando hablamos de maternidad real? Los medios masivos de comunicación, entre ellas, las redes sociales, intentan mostrar un lado A y un lado B de la maternidad, dando a entender un aspecto positivo y un aspecto negativo de la misma. Pero, ¿no es la maternidad acaso el conjunto de todos estos aspectos o lados en su totalidad?

Para finalizar, resulta importante destacar el avance de la divulgación de la salud mental y la salud mental materna en particular. Esta divulgación de saberes podría considerarse como un gran punto de partida para avanzar en la promoción de la salud en dicho campo. La realización de este Trabajo Final tomando como eje principal a la

estudios tengan la oportunidad de acompañar oportuna y profesionalmente a quienes se encuentren en esta etapa de la vida que todos atravesamos, ya sea como madres/padres o como hijos, debido a que la maternidad nos atraviesa a todos en tanto sujetos y en nuestro devenir como persona. Es por ello que podría considerarse como un anhelo la inclusión de la Psicología Perinatal en la formación universitaria de la carrera de grado de Psicología de la UNR, en la cual sea garantizado un acercamiento a la teoría todas las psicopatologías propias de dicho periodo así como también a las herramientas metodológicas y prácticas para un correcto abordaje psicoterapéutico. En este recorrido, el aporte de este escrito fue poner a la luz un recorte de los conocimientos actuales respecto a los efectos de la depresión posparto en la subjetividad de la madre. Y por último y no menos importante, sería beneficioso que, en un futuro, los estudiantes graduados de Psicología cuenten con la posibilidad de estudiar y conocer más en profundidad la amplia gama de padecimientos perinatales en lo que respecta al psiquismo humano durante su formación académica en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asher, S. (2016). *Postpartum Depression in The Public Healthcare Sector of Argentina*. University of Oregon.

Bowlby, J. (2009). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. 1ra edición: Buenos Aires, Paidós.

Bronfenbrenner (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós.
Calderone, M. (2021). Violencia obstétrica y duelo. El encuentro/desencuentro entre la ley jurídica y el padecimiento subjetivo. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Carrascosa, L. (2010). *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. Séptima edición.

Castellón, A. (2012). *Actualizaciones en depresión posparto*. Chile: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Diaz, M., Amato, R., Chavez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L. & Lopez, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. España: Valencia.

Fernandez Vera, J., Iturriza Natale, A., Merlo, J. & Valbuena, R. (2014). *Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo*. Venezuela: Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

Gregorio, M., Vicuña, M. y Marin, R. (2003). *Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud*. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán. Revista Chile Obstetrica ginecologica.

Lazaro, I., Caballero, M., Sancho, A., Jordan, M., Garcia, C. & Azagra, M. (2024) Adaptación psicosocial de la puerpera. Cambios psicológicos. valoración del estado emocional: tristeza puerperal. Vínculos de relación madre/pareja/recién nacido. Adaptación familiar. Atención de matrona. España: Revista sanitaria de investigación.

Ley de parto humanizado N° 25.929 (2018). 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.

Mazaira, S. (2016). *Trastornos psiquiátricos del puerperio*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría.

Menéndez E.L.(1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. *Embarazo, parto y puerperio*. 2022, marzo 17, de argentina.gob.ar. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio>.

Moncrieff, et al., (2022). *The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*.

Olza, I. (2021). *Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. Olza, I. (2012). *¿Nacer por cesárea? Secuencias psicopatológicas de las cesáreas*. Santa Cruz de Tenerife.

Orri, E. (2015). *La depresión posparto*. Revista enfermedad salud mental. Barcelona: Editorial Glosa.

Ramirez, M. (2009). *Salud mental en perinatología: intervenciones en obstetricia*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.6 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es>.

Santos, M. y Oiberman, A. (2011). *Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

durante el primer año de vida. Psicoanálisis e investigación empírica con infantes. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos.

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (2022). *Acompañamiento Perinatal*. Ministerio de Desarrollo social: Argentina.

Stern, D. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Tercera parte: síntesis capítulo XI: La constelación maternal*. Grupo Planeta (GBS).

Villegas, N., Paniagua, A. & Vargas, J. (2019). *Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto*. Revista Médica Sinergia. Vol. 4 Num. 7. Julio 2019. Sroufe, A. (2000). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford.