

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/15



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2014/2015

LA SALUD MENTAL DE LA MUJER
EN LA EDAD GESTACIONAL

Autor/a: Alba González Barreiro

Tutor/a: Manuel Frutos



ÍNDICE	PÁG
1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	4
4. METODOLOGÍA	5
5. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	6
5.1. TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD.....	6
5.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER.....	8
5.3. LA ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL.....	10
5.3.1. TRASTORNO DE PÁNICO.....	11
5.3.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO.....	12
5.4. LA DEPRESIÓN.....	13
5.4.1. DEPRESIÓN PRE-PARTO.....	13
5.4.2. DEPRESIÓN POST-PARTO.....	16
5.5. TRISTEZA O MELANCOLÍA PUERPERAL.....	19
5.6. PSICOSIS PUERPERAL.....	22
6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	23
7. CONCLUSIONES	26
8. BIBLIOGRAFÍA	28
9. ANEXOS	31
9.1 ANEXO I: ESCALA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO	
9.2 ANEXO II: DOULAS Y MATRONAS	



1.- RESUMEN

El proceso maternidad (embarazo, parto y puerperio) y el desarrollo de este rol, supone para las mujeres una serie de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Urbina y Villaseñor (2005), establecen que, aun cuando la mujer esté identificada y satisfecha con su embarazo, pueden presentarse problemas de inadaptación a la nueva situación de madre como una depresión posterior al parto, o algunos otros trastornos psiquiátricos (del 20% al 40% de las mujeres en el periodo de posparto).

En este TFG de revisión bibliográfica, se presenta el estado actual de las investigaciones sobre los principales trastornos relacionados con la salud mental de la mujer asociados al embarazo, el parto y el posparto, exponiendo los conocimientos más relevantes para la práctica diaria de los profesionales responsables del cuidado (matronas y enfermeras), y de otras personas identificadas en el cuidado directo de las mujeres y sus familias durante este proceso.

Palabras clave: salud mental, embarazo, parto, puerperio, salud perinatal, cuidados.

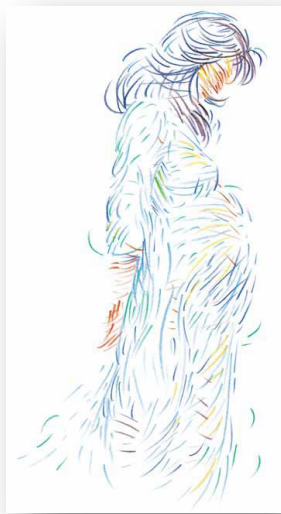
2.- INTRODUCCIÓN:

El desempeño del nuevo rol de madre puede suponer para las mujeres gestantes una situación altamente estresante. Los cambios físicos, sociales, emocionales y laborales son variables que provocan estrés en la mujer, en mayor o menor medida, tanto antes, durante, como después del embarazo, pudiendo llevar a estados de ansiedad y depresión en algunos casos, así como a otros procesos de alteración de la salud mental.

Muchas son las circunstancias y factores que pueden influir positiva o negativamente en la salud mental de la mujer entre las que destacamos: el deseo o no del embarazo, la existencia de riesgos y problemas durante el embarazo, un parto prematuro, la edad de la gestante tanto por demasiado joven, en adolescentes, como por demasiado mayor, los problemas de pareja (de relación, económicos, violencia, desamparo social), trastornos mentales previos con posible reaparición y/o exacerbación por el embarazo, etc. Todos estos factores intervienen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresiones, estados de tristeza o incluso psicosis en los casos más graves.



En las últimas décadas, la mujer ha sido educada de forma muy similar a como lo han sido los hombres. Es posible que en esa transformación cultural que ha sufrido nuestra sociedad, hayamos perdido en el camino algo de conciencia del potencial de la mujer como madre. Este hecho puede influir en el modo en que la madre se desenvuelve en la vida, pues nuestra sociedad actual no facilita la posibilidad de ser madre, o más bien la dificulta, por lo que incluso algunas mujeres se muestran reticentes a vivir la experiencia o lo supeditan al desarrollo de otras capacidades, en especial en los ámbitos social y laboral.



Esto trae como consecuencia el retraso en la edad de maternidad y las complicaciones que este hecho acarrea. Físicamente es posible que el retraso de la maternidad exija un sobreesfuerzo a las madres, que además frecuentemente deben tratar de conciliar su vida familiar con la profesional y en algún caso con no demasiado apoyo de sus parejas ni de su entorno laboral. Los niveles de exigencia como mujer, como profesional y como madre aumentan.

Mentalmente es posible que el estado de madurez alcanzado en una edad más tardía de la madre sirva para asumir mejor la responsabilidad que supone tener un hijo, aunque al mismo tiempo se complica su fertilidad, y se genera una ansiedad por proteger su embarazo, que puede complicar su estado mental y aumentar su estrés ya que aumentan las posibilidades de tener problemas con el feto.

La mujer embarazada, que comienza a desarrollar un sentido de sí misma como madre del futuro bebé, se va a ver afectada por numerosos cambios psicológicos y hormonales que le hacen más sensible a presentar síntomas psicológicos que podrían alterar las relaciones madre-hijo y dejar huella. Por eso, en este periodo es donde el padre juega un papel esencial, procurándole seguridad y todos los cuidados que requiera.

No es cierto que el padre no tenga importancia en el embarazo. Es el elemento de coordinación de todo el proceso. Si no existe esta figura, alguien deberá ocupar su lugar. El fin último de la triada madre-padre-hijo es la promoción de la salud integral



del equipo que forman las propias familias. Los problemas interpersonales con la pareja o el entorno social son causa de diversos trastornos.

En ese afán por apoyar y por sentirse apoyadas, actualmente, ha surgido una nueva figura de ayuda a las mujeres, se trata de las doulas. Las doulas son mujeres cuya función es proporcionar apoyo físico y emocional a las futuras madres durante la gestación, parto y puerperio. Esto ha desencadenado una polémica sobre la invasión de competencias e injerencia en el campo de las matronas. A pesar de ello, esta figura está extendiéndose y, cada vez está adquiriendo mayor importancia en el seguimiento de las gestantes y las puérperas. Por ello es importante explicar su papel y compararlo con el de las matronas, ya que las doulas no son profesionales sanitarios regulados por el Estado y en muchos casos carecen de formación especializada en este campo o la que tiene es mínima.

En conclusión, todos estos cambios que experimenta la mujer en la transición a la maternidad influyen en su estado mental y en el vínculo madre-hijo. Por ello es de gran importancia la prevención y el tratamiento adecuado de estos trastornos psíquicos ya sea por parte de la matrona, del equipo de enfermería o el resto del personal sanitario.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Exponer los tipos de trastornos mentales más comunes que pueden desarrollarse en la mujer durante el embarazo y puerperio.

3.2. Objetivos específicos:

- Presentar los cambios emocionales y sociales que supone la maternidad en la mujer.
- Explicar los factores psicosociales que intervienen en la salud mental de la mujer durante el embarazo y puerperio.
- Desarrollar las diferentes intervenciones de enfermería en las alteraciones mentales de la mujer en el embarazo y puerperio.
- Explicar la intervención de las distintas personas que intervienen en el proceso del embarazo y puerperio.



4. METODOLOGÍA

Este trabajo se instrumentaliza con una amplia revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de investigación que se concreta en el análisis y estudio de la documentación existente sobre los principales problemas de salud mental en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como el abordaje y cuidados específicos durante esta etapa.

Para conocer el estado de la cuestión, se han utilizado las bases de datos MEDLINE (US NLM : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana: <http://www.index-f.com/new/acceso.php>), CUIDATGE (Base de datos de la Universidad de Rovira i Virgili: <http://enfermeria.usal.es/biblioteca/Basespop/Cuidatge.htm>), DIALNET (Base de datos de la Universidad de La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/>) y BDIE (Base de Datos para la Investigación en Enfermería, creada por el Instituto de Salud "Carlos III": http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm).

Siempre que ha sido posible, se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

Los términos clave utilizados han sido: “salud mental”, “embarazo”, “parto, puerperio”, “salud perinatal”, “cuidados”.

La búsqueda se ha complementado mediante la extracción y revisión de información en la Guía de Intervenciones de Enfermería en la Depresión Posparto y en el libro "El vínculo afectivo con el niño que va a nacer" de Thomas, V.



5. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

5.1. Transición a la Maternidad

Con el nacimiento de un hijo, la madre nace en identidad, al iniciar un trabajo mental y un cambio de actitud que perdurará toda su vida. La identidad como madre se configura a partir de la dualidad madre-hijo, formando parte del desarrollo de la identidad femenina y nutriéndose el patrón del ideal de maternidad de los discursos sociales dentro del contexto cultural de pertenencia. La maternidad implica un rito de paso en la evolución a la edad adulta, con cambios físicos, psicológicos y sociológicos, a los que se añaden importantes cambios emocionales relacionados con el cuidado del bebé y el reajuste al nuevo rol. Durante el primer año del postparto, la probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos es más alta que en cualquier otro momento de la vida, siendo un período estresante del ciclo vital (Thomas, 1992).

En el primer trimestre de embarazo pueden surgir sentimientos de felicidad, miedo, inseguridad o un rechazo inicial. Todas estas sensaciones dependerán de las características socioculturales que rodeen a la futura madre. En esta etapa de transición a la maternidad la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre y por ello se desarrollan unas modificaciones en la forma de pensar y sentir, y además en su estilo de vida. Por ello, la actitud y los factores psicosociales de los que disponga influirán en su salud mental durante el proceso gestacional.

Por otro lado, pueden surgir pensamientos negativos sobre la incapacidad de cuidar al futuro bebé; tales como miedo sobre las consecuencias de su conducta a partir de ahora, expectativas negativas sobre la buena asimilación en la vida de la pareja etc. Estos sentimientos son más comunes en las madres primerizas ya que no han pasado por esto antes.

La gran mayoría de las mujeres adultas y en condiciones biológicas para un embarazo, encontrándose en una edad de 20 a 35 años, lo soportan adecuadamente y todos los cambios que esto implica, presentándose grandes problemas en las mujeres fuera de esta edad, sobre todo en las madres adolescentes, (Thomas, 1992).

Muchas de las mujeres, que aceptan y viven un embarazo con mayor alegría y satisfacción, comienzan a dejar el tabaco, el café, el alcohol, acuden frecuentemente a sus consultas médicas, comienzan a realizar los preparativos para el futuro



nacimiento. Pero muchas de las veces aunque se hayan realizado todos estos preparativos, pueden presentar una depresión postparto o desencadenarse cualquier otra enfermedad psiquiátrica. Se ha demostrado que del 20% al 40% de las mujeres reportan algún trastorno emocional o disfunción cognoscitiva en el periodo del postparto (Thomas, 1992).

Un estudio realizado en la Universidad de Sevilla por M^a Victoria Hidalgo, analiza el proceso de transición a la maternidad y la paternidad, describiendo los principales cambios que mujeres y hombres experimentan al convertirse en padres. Este estudio revela que especialmente en el caso de las parejas primíparas, muchos de los participantes en el estudio manifestaron sentirse inseguros y se planteaban un buen número de dudas, incertidumbres y preocupaciones a propósito de temas relacionados sobre todo con los conocimientos y destrezas específicas que requiere ocuparse de un bebé (cómo calmarlo cuando llora, qué hacer si tiene fiebre...) y con las nuevas responsabilidades a asumir y cómo redistribuir los papeles anteriores (cómo cuidar del bebé y continuar con la actividad laboral, cómo organizar entre ambos padres su cuidado y crianza etc.) También se observa que los cambios más sustanciales asociados a la maternidad se producen a nivel interpersonal en la relación de pareja. Se producen una alteración en las actividades compartidas y los hábitos previos de la pareja. La organización de la dinámica doméstica establecida por los conyugues comienza a cambiar.

En conclusión, ser padres no es una tarea fácil y el proceso de transición a la maternidad y a la paternidad supone un momento de cambios y cierta vulnerabilidad para la mayoría de los individuos y las familias. Las necesidades de apoyo se agudizan en los momentos de transición, y son especialmente importantes durante el proceso de transición a la maternidad teniendo en cuenta que estas necesidades son diferentes dependiendo tanto de las características de los padres como del sistema familiar.

Las enfermeras, como proveedoras de cuidados, deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales de las madres desde los diferentes ámbitos de trabajo en que prestan su atención.



5.2. Factores que influyen en la salud mental de la mujer en el embarazo.

Existen estudios que refieren que la influencia de varios rasgos de la personalidad influyen en la salud mental de la mujer y en la relación madre-hijo tanto antes como después del nacimiento (Marks, et al. 2003). Confirman que a través de los indicadores de conducta, el estado psicológico de la mujer y el proceso de identificación de la madre con el niño durante la vida intrauterina, se pueden realizar predicciones sobre las futuras interacciones sobre la madre y el hijo, y además el proceso de adaptación/aceptación de la madre del embarazo.

Así pues, en base a este estudio podemos concluir que la mujer gestante puede desarrollar **conductas promotoras de salud o inhibidoras de la misma**. Entre las primeras se encuentran la fuerza del yo (madurez, sensibilidad emocional), la capacidad del cuidado (responsabilidad, adaptación marital), la tolerancia al estrés, la eficacia para resolver conflictos y el optimismo. Todas ellas tienen un papel importante en el proceso de adaptación de la mujer a situaciones estresantes, permiten desarrollar un afrontamiento hacia estas situaciones. (Thomas, 1992).

El otro tipo de personalidad sería la inhibidora de conductas promotoras de salud como la impulsividad, el psicoticismo, ira-hostilidad y el neuroticismo. Las gestantes que presentan este patrón de la personalidad son más propensas a tener actitudes negativas y una mayor vulnerabilidad en el embarazo influyendo en su salud psíquica.

Vemos que **la ansiedad y la depresión** son señaladas por varios autores en el proceso de la gestación. Las emociones negativas producen una inestabilidad emocional de la mujer gestante y constituyen un riesgo psíquico que es necesario prevenir para evitar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (Thomas, 1992).

Además, el ánimo depresivo puede influir en la no aceptación del embarazo. Esta reacción puede venir precedida por manifestaciones somáticas del embarazo (vómitos, mareos, náuseas, cansancio etc.) propias del estado gestacional.

Existen también otros **factores y variables** que influyen en salud psíquica de la mujer en la edad gestacional, entre los que destacamos:



- Si el **embarazo es deseado o no**. Los embarazos no deseados producen una reacción de sorpresa que va ligada a la incertidumbre y que puede dar lugar al desarrollo de emociones negativas (ansiedad, miedo, ira, hostilidad, negación etc.).
- El **parto prematuro**. Este puede desencadenar problemas en la relación afectiva, un impacto psicológico en la pareja y en la familia e índices elevados de ansiedad en la madre. La situación de tener a su hijo hospitalizado produce un estrés debido al miedo de poder perderle, los cuidados pertinentes que necesitará, la separación del niño de los padres etc.
- La **satisfacción conyugal y relación de pareja** es un factor importante en el proceso de la gestación. Cuando no existe una relación de pareja armoniosa por falta de comunicación, maltrato, tensiones laborales o económicas puede ser el origen de estrés. Es decir, si el apoyo conyugal es deficiente o inadecuado producirá un aumento de la sintomatología depresiva en la mujer. De ahí que a mayor indicio de depresión, menos índice de satisfacción conyugal (Fernández y Sánchez 2007).

Según Thomas (1992), al contrario, una buena relación de pareja ocasiona el efecto inverso, ya que reduce el nivel de ansiedad de la mujer durante el embarazo y en el momento del parto. Un buen apoyo emocional por parte de la pareja constituye una importante fuente de seguridad emocional para la mujer y el futuro hijo.

- La **edad de la mujer gestante** también supone un factor importante en la salud mental de la mujer. En los periodos de climaterio y adolescencia existe una mayor vulnerabilidad psicológica. Es decir, a menor edad de la mujer gestante menor es la probabilidad de que esta desarrolle habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones normales del proceso del embarazo. Un estudio realizado por Fernández y Sánchez (2007), revela que las mujeres con edad menor de 25 años, existe un mayor índice de depresión, ansiedad, estrés e insatisfacción marital. Sin embargo, en las mujeres entre 26-30 años presentaban un adecuado estado de bienestar y no se sentían afectadas por sentimientos de fatiga, estrés etc. Por otro lado, una edad superior a 35 años, siendo primeriza, es un factor de riesgo en el embarazo y en la salud mental de la mujer. Las



llamadas ‘primíparas añosas’ son más vulnerables a padecer abortos y complicaciones con el feto, así como mayor ansiedad y depresión pre y posparto.

- Las **complicaciones en el embarazo** crean preocupación y estrés en la madre. Por ejemplo una amenaza de aborto, el conocimiento de que el feto tiene una malformación o una enfermedad, aborto espontáneo crean una ansiedad que puede derivar en un trastorno psíquico en la mujer durante esta etapa.
- El **consumo de sustancias** en el embarazo. Sustancias como el tabaco, el alcohol, la cocaína, la marihuana, opiáceos o medicamentos producen efectos nocivos en el feto y la madre. Como bajo peso al nacer, hipoglucemias en el recién nacido, síndrome de abstinencia etc.
- Un **trastorno mental previo** acentúa un desequilibrio psíquico en la mujer embarazada y durante el puerperio. Por ejemplo un duelo no resuelto de un anterior aborto o muerte de un hijo, un trastorno depresivo o bipolar, una psicosis con negación del embarazo, un trastorno de ansiedad, de alimentación o de la personalidad, aumentan la inestabilidad mental en la mujer.

Todos estos problemas psicosociales influirán en la salud mental de la mujer en la edad gestacional y debemos tenerlos en cuenta a la hora de intervenir como profesionales sanitarios.

5.3. La Ansiedad en la etapa perinatal

La experiencia perinatal suele ser difícil especialmente para la madre quien ve transformada su situación física, emocional, social y psicológica. En el caso del aspecto psicológico, es posible que la madre desarrolle trastornos de diversa índole como son de pánico, Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), de ansiedad generalizada o por estrés postraumático, cuyos síntomas y tratamiento conlleven una serie de problemáticas tanto para la madre como para el bebé. Es necesario saber identificar cada uno de estos trastornos y, sobre todo, aplicar un tratamiento eficaz y oportuno para el bienestar de ambos.



Una proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad hasta el grado que ésta puede interferir gravemente a nivel psicológico y social. La ansiedad excesiva en esta etapa causa un sufrimiento considerable y acarrea múltiples dificultades psicosociales en la mujer que la padece, su pareja y en toda la familia. También puede interferir negativamente en la relación con su bebé. A pesar del grave impacto e importancia de los trastornos de ansiedad éstos suelen pasar desapercibidos, aun por el personal de salud de atención primaria. Estas alteraciones tienen una alta co-morbilidad entre sí y con los estados depresivos.

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el elevado estrés psicosocial) puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé (Gluckman y Hanson 2007), también está relacionada con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y en el desarrollo del feto (DiPietro, et al 2003). La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé (O'Connor, et al 2002). Por todo lo anterior, es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada y puérpera, para aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos (Dragonas, et al 1998).

5.3.1. *Trastorno de Pánico*

Todos los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la mujer que en el hombre en la edad reproductiva. El trastorno de pánico tiene un prevalencia del 2% entre la población general (March, 2001) y tiene un curso más crónico en las mujeres. En ellas, es más difícil que remita o se resuelva por sí mismo, y en su curso clínico a largo plazo hay un mayor número de recaídas que en los varones. (Maldonado y Lartigue, 2008)

Los ataques de pánico aparecen repentinamente, sin ningún signo premonitorio, ni asociación con situaciones que causen temor. El episodio es de corta duración pero la vivencia interna puede ser aterradora. (Maldonado y Lartigue, 2008)

Los **síntomas** pueden ser de dos tipos, ideacionales o somáticos. Con respecto a los primeros podemos encontrar la despersonalización (la paciente siente que no es ella misma), la desrealización (sensación de no estar viviendo la realidad) o miedo a morir repentinamente. Los síntomas somáticos pueden ser:



parestesias, sensación de falta de aire, sensación de ahogamiento, dolor intenso en el pecho, temblor en las manos y en el resto del cuerpo, sudoración general, escalofríos, sensación de mareo, náuseas y malestar general.

Es probable que los cambios hormonales y bioquímicos propios del embarazo tengan un impacto en la gravedad del pánico. Otros precipitantes de los ataques de pánico son: un nivel elevado de estrés, privación del sueño, interrupciones frecuentes de dormir y situaciones que causan hiperventilación (Maldonado, Lartigue 2008).

5.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información sobre su relación con el periodo perinatal. Sin embargo, se encontrará a pacientes que lo sufren desde antes, y cuyo embarazo y transición a la maternidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentará temores relacionados con el embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc.

Sus síntomas somáticos acompañantes, consisten en una sensación constante de tener algo atorado en la garganta, falta de aire, taquicardia, sensación de opresión o dolor en el pecho, hiperventilación, sudoración y parestesias. El malestar no se relaciona con situaciones específicas o estímulos desencadenantes. Puede haber, además, dificultades para concentrarse, tensión muscular, fatiga e inquietud constante. Otras manifestaciones clínicas pueden ser el miedo excesivo respecto a la salud del feto, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste con el bebé. Para ser calificados como síntomas, las ansiedades y preocupaciones deben ser excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona. El curso clínico es crónico (Wenzel et al, 2003).

Con respecto a su prevalencia, un estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud mostró una prevalencia de 8% de pacientes (Sutter-Dallay, et al 2004). Es por lo tanto, mucho más frecuente que los otros trastornos de ansiedad y suele iniciarse alrededor de los 35 años. Un estudio encontró una frecuencia de 8.5% en el primer trimestre del embarazo y en la



etapa post-parto, varios estudios demostraron una frecuencia de entre 4 y 8% de las mujeres (Wenzel, et al 2003).

Para el cuidado y tratamiento de estos trastornos es necesario tratar de utilizar las estrategias que no requieran medicamentos, como las terapias de relajación y las cognoscitivo-conductuales o las psicodinámicas. Éstas incluyen respiración con técnicas de biorretroalimentación (respiración lenta de tipo “abdominal”). El tratamiento debe incluir enseñar a la paciente a relajarse y tratar de calmarse por sí misma. También, se puede intentar una reestructuración cognoscitiva que consiste en enseñar a la paciente a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones sobre el presente y el futuro, la auto-vigilancia (detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables) y exponerse gradualmente a sus múltiples situaciones atemorizantes (Maldonado y Lartigue, 2008). De esta forma la paciente puede conseguir un autocontrol y evitar que el trastorno de ansiedad evolucione a estadios mayores que no pueda controlar.

5.4. La Depresión

5.4.1. Depresión preparto

La etapa del embarazo supone un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su entorno familiar, en la cual se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. Esto explica que la prevalencia de la depresión sea del 5-10% en la mujer adulta embarazada, aunque las prevalencias pueden variar según un contexto u otro (Sainz, et al 2013).

La depresión durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en las otras etapas de la vida; se valora por medio de los criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV). Los síntomas suelen presentarse como bajo estado de ánimo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa y de minusvalía, baja autoestima, trastornos del sueño o el apetito, baja energía, falta de concentración, ideas de fracaso, desesperanza, inutilidad e incluso muerte y suicidio.

Un informe de evidencia de 2005 de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), de los Estados Unidos, afirma que la depresión es tan



común en mujeres durante el embarazo como lo es después del parto. De acuerdo con este informe, aproximadamente una de cada 20 mujeres estadounidenses embarazadas o que han dado a luz en los últimos 12 meses han padecido episodios de depresión mayor. Por tanto, se define depresión perinatal como la que ocurre durante el embarazo y puede continuar hasta 12 meses después (Sainz, et al 2013).

Puede haber fallos en el reconocimiento de la depresión durante el embarazo, ya que síntomas de depresión, tales como cansancio, problemas para dormir, cambios emocionales y aumento de peso, también pueden ocurrir con el embarazo. Por ello, distinguir entre los síntomas depresivos y las supuestas secuelas ‘normales’ del parto puede hacer que la depresión posparto sea difícil de diagnosticar en algunos casos (Ferrando, 2003)

La OMS considera que para 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, y se calcula que hoy en día hay 340 millones de personas con depresión. Las mujeres son más propensas a presentar depresión en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres, siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años en todo el mundo. Además existe un mayor riesgo de padecer depresión si las pacientes embarazadas presentan ansiedad (Sainz, et al. 2013).

Entre los **factores** que contribuyen a presentar depresión durante y después del embarazo encontramos: la historia familiar o personal de depresión, el abuso de sustancias, la ansiedad por el bebé, los problemas con embarazos o partos anteriores, experiencias de la infancia de abuso sexual, problemas matrimoniales, bajos ingresos económicos, cambios bruscos en la concentración de hormonas posparto, cansancio, dudas altos niveles de estrés durante el embarazo, mal estado de salud de la madre, deficiente apoyo social, conflictos con la pareja o cambios en el trabajo y rutinas domésticas.

En la actualidad, el embarazo tiene una serie de connotaciones que llevan a un aumento de las situaciones de estrés, ansiedad y depresión. Una es la edad, ya que cada vez son más frecuentes los embarazos después de los 35-40 años, y otra es la mayor frecuencia de embarazos por técnicas de reproducción asistida, así como el estrés que generan las pruebas de diagnóstico prenatal (bioquímicas,



ecográficas, técnicas invasivas, etc.). También, tiene importantes consecuencias en diversas esferas, conllevando a la gestante a adoptar conductas que pueden poner en peligro su salud y la del feto, como el hecho de no buscar atención prenatal temprana (Lara et al. 2007).

Hay dos tipos de **consecuencias** que deben identificarse en la depresión no tratada durante el embarazo: las que afectan a la madre (las mujeres con depresión prenatal suelen tener una atención prenatal y conductas en salud pobres, menor ganancia de peso, fatiga, trastornos del sueño, mayor consumo de tabaco o de drogas) y las que afectan al feto (en algunos estudios se ha descrito un aumento de la incidencia de partos pretérmino, con una edad gestacional media de 29,5 semanas y reducción del peso al nacer).

En los últimos años el interés por la depresión prenatal ha aumentado debido, entre otras razones, a que se ha visto que la depresión durante el embarazo es un factor de riesgo para presentar depresión recurrente en la vida de la mujer y, en segundo lugar, tanto la depresión prenatal no tratada como la posparto afectan negativamente al desarrollo del niño. La depresión durante el embarazo sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65%. En el Reino Unido, un estudio mostró una relación entre la depresión prenatal y el posparto, e indica que el 22,6% de las mujeres con depresión posparto la habían padecido durante la gestación. (Borda, et al. 2013).

Algunos estudios demuestran que la depresión prenatal se da durante el embarazo en el 23% de los casos, al respecto Martínez y Waysel (2009) argumentan que aproximadamente el 10% de las nuevas embarazadas se encuentran en riesgo de padecer algún grado de trastorno depresivo, de las cuales el 50% sufrirá enfermedad severa. Es el caso de un grupo de mujeres evaluadas, que se encontraban en el segundo trimestre de gestación encontrando la presencia de sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas relacionada con eventos estresantes y antecedentes psíquicos. Los factores causantes de la depresión en el embarazo pueden ser diversos y pueden variar entre cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de



pareja, complicaciones del embarazo y situaciones estresantes (Medina, et al. 2010)

En un estudio realizado por en el Servicio de Obstetricia y Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil Carlos Haya de Málaga, se recogieron datos y se siguió a 118 embarazadas derivadas, estudiadas y tratadas en la unidad en los últimos meses por crisis de ansiedad, antecedentes de tratamientos con psicofármacos o episodios depresivos. En este estudio se pretendía comprender la depresión prenatal y realizar una búsqueda de factores de riesgo de depresión durante el embarazo con el fin de llegar a reconocer la depresión durante la gestación. En este aspecto se encontró una mayor prevalencia de depresión entre mujeres multíparas y en las pacientes que habían presentado algún aborto previo y observamos que, en la mayoría de los casos, habían sido interrupciones legales del embarazo. Se llegó a la conclusión que los trabajos que generaban con más frecuencia alteraciones psicológicas en el embarazo son los de ama de casa y de hostelería. Además, los antecedentes psicopatológicos y los problemas de relación de pareja son los que más influyen en la vulnerabilidad psíquica de la embarazada, por lo que alertarán de los casos que necesitan ayuda. Durante el embarazo el síntoma más frecuente en estas pacientes fue la hiperemesis, lo que puede incitar a investigar su salud emocional (Blasco, et al. 2010). Por otro lado, el cuadro psicopatológico más frecuentemente apreciado fue la ansiedad (el 89% del estudio) y le sigue la depresión en un 53%. El estrés siempre acompaña ambos cuadros, aunque es difícil saber en qué medida las situaciones de estrés mantenidas son causantes de los otros (Blasco, et al. 2010).

5.4.2. *Depresión postparto*

El periodo posparto se considera una etapa de mayor riesgo para la aparición de trastornos del ánimo. Las investigaciones han demostrado que una mujer es significativamente más propensa a ingresar en un hospital psiquiátrico en las primeras 4 semanas después del parto que en cualquier otro momento de su vida (Kendell, et al. 1987) y hasta el 12,5% de todos los ingresos de mujeres en hospitales psiquiátricos se producen durante el posparto.



La **depresión puerperal** es un trastorno equiparable a otro episodio depresivo pero sin psicosis. En el Manual de Diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-IV) aparece la primera definición del trastorno depresivo en el posparto, según la cual se trata de un episodio depresivo mayor que comienza en las primeras 4 semanas tras el alumbramiento de un hijo.

Estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto (DPP) confirman que un 10-20% de las mujeres presenta esta enfermedad durante las 4-6 semanas posteriores al parto, y si no se detecta y ni se trata, se cronifica, con la consiguiente morbilidad para la madre, hijo y familia.

Este trastorno es un problema de salud importante para muchas mujeres, ya que lleva una morbilidad oculta que acarrea consecuencias para la salud de la madre, el bebé y la familia. Las mujeres que han sufrido depresión posparto tienen el doble de posibilidades de experimentar episodios futuros de depresión en un periodo de 5 años (Murray y Cooper, 1997), los lactantes y los bebés son especialmente vulnerables. Además, la depresión posparto que no recibe tratamiento puede causar deterioro en la interacción materno-infantil y una percepción negativa de la conducta infantil, lo que se ha vinculado a la inseguridad del apego y el retraso en el desarrollo emocional. También se han descrito casos en los que el estrés en el matrimonio puede finalizar en la separación o divorcio (Holden et al. 1989).

La valoración de la depresión en embarazadas puede realizarse mediante varios **métodos de screening**, entre los cuales están: “La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EPDS), “Beck Depression Inventory” (BDI) y el “Primary Care Evaluation of Mental Disorders- Patient Health Questionnaire”.

La EPDS fue diseñado y validado por Cox en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección precoz de la depresión posnatal (ANEXO I). Se ha demostrado que es sensible para detectar a la población de riesgo y ha sido traducido a más de diez idiomas y validado en diferentes países de culturas y lenguas diversas.

Un libro publicado por Cox y Holden (2003) sobre la EDPS sugiere que el uso principal de esta herramienta en la práctica clínica es ayudar a los profesionales sanitarios de atención primaria a identificar en el momento



oportuno a las mujeres que pueden estar sufriendo la depresión posparto, con el objetivo de poder iniciar intervenciones y evitar un aumento de la gravedad de la depresión.

Las ventajas de la EDPS son: es fácil de administrar y requiere poco tiempo para su realización, no es necesario una formación especial para su realización, es inofensiva para las mujeres (tiene una aceptación multicultural), es fácil de incorporar a la práctica clínica diaria y no precisa coste alguno (C. Dennis 2003, 2004).

Existe controversia sobre el **tratamiento** de la depresión prenatal y posparto; su manejo es difícil y se debe considerar siempre el equilibrio riesgo-beneficio. Existe una discusión sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de mujeres embarazadas por razones éticas, ya que la mayoría de antidepresivos cruzan la placenta y pueden afectar al desarrollo fetal. Se ha documentado que los más seguros son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Borda, Forero, 2013).

La psicoterapia interpersonal, la terapia cognitivo conductual y la terapia no directiva o centrada en la persona están recomendadas como tratamiento de la depresión pre y posparto. Las dos primeras son intervenciones muy estructuradas que requieren una formación importante para quien las realice. Por lo tanto la más usada por el personal de enfermería es la terapia no directiva que consiste en el arte de presenciar o acompañar sin mostrar juicios de valor, así como en escuchar de forma activa para promover un espacio seguro y totalmente confidencial en el que la mujer pueda explorar sus propios sentimientos en torno a su situación y las opciones que tiene disponibles. Esta terapia puede realizarla gran variedad de sanitarios tanto enfermeras como matronas, y puede realizarse con una formación relativamente mínima (Holden et al., 1989). Las mujeres con depresión posparto sienten la necesidad de hablar de sus problemas emocionales con un interlocutor interesado, y esto ayuda en gran medida a su recuperación.

Según Stewart, et al. (2003), un análisis de las variables de apoyo social en los estudios de predicción sugiere que las deficiencias sociales aumentan en gran medida el riesgo de la depresión posparto. Por ejemplo, no tener alguien con quien hablar abiertamente que haya comprendido o compartido un problema



similar, no tener un confidente íntimo o un amigo con el que conversar, no tener un apoyo con el que contar sin tener que pedir ayuda o sentir aislamiento social. Por otro lado, el compañerismo y la pertenencia a un grupo tiene un efecto positivo en estas mujeres, por ello es de gran ayuda asistir a grupos de apoyo para compartir sus diferentes situaciones con personas no profesionales que han experimentado problemas similares. En estas reuniones se crea una red social que puede ayudar a mejorar el bienestar psicológico y el reconocimiento de la autoestima.

5.5. Tristeza o melancolía puerperal

Este es un trastorno del ánimo en la mujer puérpera que también se conoce en inglés como "blues". Los síntomas que suelen comenzar en el posparto inmediato y remitir a los pocos días, incluyen labilidad emocional, irritabilidad, llanto, ansiedad y trastornos del sueño y del apetito. Este trastorno es transitorio, leve, de duración limitada y no requiere más tratamiento que consolar a la paciente y darle apoyo psicológico. No se considera algo patológico, sino que se conoce como una expresión de la modalidad de adaptación normal a la llegada del bebé.

La melancolía puerperal es más frecuente que otros trastornos mentales en la mujer en edad gestacional. Su prevalencia se estima entre un 30 y un 75% de los partos (Macfarlane, 1985).

Este proceso no suele requerir tratamiento psiquiátrico, el equipo de enfermería deberá centrarse en dar apoyo psicológico, mostrar una postura de empatía y comprensión, infundiéndole sentimientos de seguridad respecto a su maternidad (Macfarlane, 1985).

5.6. Psicosis Puerperal

Existe una gran controversia a la hora de clasificar la psicosis aparecida en el puerperio. Según los criterios de DSM- III la psicosis posparto es una psicosis atípica cuando no cumple criterios de trastorno mental orgánico, trastorno anímico psicótico o de ningún otro trastorno psicótico, y en los casos en los que no tenemos suficiente información.



Por otro lado, según la CIE – 10 MC cuando se trata de psicosis posparto específica puede utilizarse la categoría de trastornos mentales en el puerperio, ya que un cuadro clínico de psicosis puerperal se puede muy difícilmente diferenciar de forma fiable de un trastorno del humor o de una esquizofrenia. En cambio, en el DSM - IV la especificación de inicio en el posparto (en las primeras 4 semanas) puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. Su discutida nosografía ha dado lugar a que se realicen diversos trabajos epidemiológicos americanos confirmando la alta tasa de psicosis esquizofrénicas puerperales (Moure, 1997).

Con respecto a su **epidemiología**, según diversos autores, la frecuencia de la psicosis puerperal es de 1 a 2 casos por cada 1000 partos en la población general. El riesgo está muy aumentado en las mujeres que tienen antecedentes personales de trastornos del humor unipolar o bipolar (entre un 20 y 25% más), (Moure, 1997).

El riesgo de recurrencia de una psicosis en un parto posterior es muy elevado y una mujer que haya tenido un primer acceso en el posparto tiene con otro embarazo una probabilidad de recurrencia de más del 20% o 30%, según los estudios publicados (Brockington et al, 1990)

Los **factores predisponentes** para desarrollar esta patología son varios. El factor con mayor riesgo son los antecedentes de una psicosis puerperal o una enfermedad maniaco-depresiva. Además otros factores podrían ser: la primiparidad, ser madre soltera, el parto por cesárea, los factores hereditarios (herencia maniaco-depresiva) o los acontecimientos vitales. Tanto Guyotat (1980), como Dean y Kendell (1995) consideran los acontecimientos vitales estresantes como un factor predisponente de las psicosis puerperales.

Existen también factores psicodinámicos como el rechazo del niño, consciente o más a menudo inconsciente, que surge de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo (Moure 1997).

Este trastorno es la forma más grave y poco habitual de los trastornos afectivos. La aparición clínica es rápida, con síntomas que se presentan ya en las primeras 48 a 72 horas del posparto y la mayoría de los episodios se desarrollan dentro de las 2 primeras semanas después del parto. Los síntomas son generalmente el estado de



ánimo deprimido o eufórico (que fluctúa rápidamente), comportamiento desorganizado, labilidad emocional, delirios y alucinaciones (Brockintong et al, 1981).

Las psicosis puerperales se pueden manifestar en forma de ideas delirantes agudas (psicosis delirante) o trastornos afectivos (psicosis afectiva con accesos maníacos y depresivos).

Los **tratamientos farmacológicos** son comparables a aquellos utilizados para los síndromes similares que aparecen fuera del contexto del posparto. La terapia electroconvulsiva es sin embargo la indicación más frecuente en el grupo de mujeres que presentan una psicosis del posparto (Kumar, 1994). En cambio, Brew y Seidemberg (1950) recomiendan no utilizar la terapia electroconvulsiva hasta después de las 4 semanas del parto, para evitar complicaciones como la movilización de un émbolo a partir de una tromboflebitis no diagnosticada.

Autores como Guyotat (1992) defienden la introducción del niño en el campo terapéutico y para ello sugieren crear unidades de hospitalización "madre-niño". Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado, es decir, el reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y la angustia de la madre. Por otro lado la contraindicación a la lactancia natural en las mujeres con psicosis puerperal, es más por el riesgo de dañar al neonato o de producirse un infanticidio que por los fármacos utilizados (excluido el litio que es excretado en la leche materna). Las pulsiones mortíferas y los raptos suicidas y/o infanticidas deben vigilarse particularmente. Este es un cuadro que debe ser hospitalizado.

La **profilaxis farmacológica** de la psicosis puerperal está poco definida. Se utiliza la litioterapia, aunque no debe ser iniciada, según Stewart (2003), antes del parto, por los posibles efectos secundarios en el recién nacido (hipotonía, cianosis, letargia...). Este tratamiento con litio necesita una vigilancia intensa de las litemias, por el riesgo de sobredosis unida a las modificaciones electrolíticas del posparto, en cambio, no está contraindicado en la lactancia. En conclusión el pronóstico es generalmente favorable con una curación en el 70 a 80% de los casos. Los estudios catamnésicos indican que de un 10% a un 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia una esquizofrenia crónica. (Moure, 1997).



6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Es importante formar a los profesionales sanitarios en el manejo en los trastornos de ansiedad y depresión prenatal y posparto. Las enfermeras y otros profesionales sanitarios necesitan conocimientos y capacidades específicas sobre las intervenciones en mujeres por ejemplo, con síntomas depresivos, y en este caso el uso de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La depresión es un factor de riesgo para el suicidio y por ello el equipo de enfermería debe valorar de forma inmediata las ideas o comportamientos autolesivos, es decir, cuando una madre indica un resultado positivo (puntuación del 1 al 3) en la pregunta 10 de la EPDS (ANEXO 1) sobre autolesiones (Dennis, et al. 2005).

En el caso de la depresión posparto es importante saber que la matrona es la profesional más adecuada para detectar este tipo de patología, ya que la atención al puerperio se realiza precozmente y, en ella, se presta atención al buen establecimiento del vínculo entre madre e hijo y a la correcta recuperación de la mujer del proceso de embarazo y del parto. Para la matrona, es un reto la actualización de sus conocimientos, capacidades y habilidades para poder obtener más respuestas sobre la DPP, los factores predisponentes, las características de las mujeres que la padecen, y las emociones y los sentimientos que originan los cambios vitales relacionados con la salud sexual y reproductiva. La matrona, además, ha de ser uno de los principales motores para la creación o consolidación de una red familiar y/o socio sanitaria para las madres criantes, en especial en aquellos casos en que la unidad familiar es distinta de la habitual o en que está alejada de su lugar de origen (inmigrantes) (Carrascón, García 2006).

Una mayor formación en enfermería de atención primaria sobre las técnicas cognitivo-conductuales y de apoyo psicológico, dan lugar a intervenciones mucho más efectivas y tienen mayor aceptación por parte de las madres con depresión posparto (Holden et al. 1989).

En los trastornos de ansiedad y depresión tanto en el embarazo como en el puerperio existen varias terapias que se utilizan en el tratamiento de la mujer. La **terapia cognitivo-conductual** es un método psicoterapéutico altamente estructurado que se emplea para modificar pensamientos distorsionantes mediante la identificación y la sustitución de pensamientos negativos y erróneos. Esta terapia tiene como objetivo



reconocer la irracionalidad de las preocupaciones y el miedo, exponiéndose a las situaciones estresantes para conseguir un autocontrol. El personal de enfermería rinde un papel muy importante en la prevención de estos trastornos de la mujer y al mismo tiempo es necesario saber cómo lidiar con estas situaciones que causan miedo y estrés de la mujer en esta etapa de su vida (Maldonado y Lartigue, 2008).

Por otro lado, la **terapia no directiva** es un método de orientación donde el consejero es neutral sobre lo que es mejor, pero ofrece un ambiente seguro y abierto para que el paciente explore sus propios sentimientos. Es una terapia la cual no necesita una formación adicional por parte de quien la realiza y por ello pueden realizarla gran parte de los sanitario, incidiendo en la escucha activa y en la empatía para que la mujer logre expresar su sentimientos y miedos (Maldonado y Lartigue, 2008).

En los trastornos de ansiedad son de gran importancia las **terapias de relajación**. Una técnica que el equipo de enfermería puede promover, consiste en tensionar los músculos por unos minutos y luego relajarlos gradualmente en las diferentes regiones del cuerpo, tales como los miembros, los músculos glúteos, espalda, abdomen, cuello y cara. Las técnicas de biorretroalimentación (elevar por sí misma la temperatura de los dedos, respiración abdominal y sugestión autógena) pueden calmar a la paciente y produce grandes beneficios (Maldonado y Lartigue, 2008).

Se pueden prescribir a algunas madres **medicamentos psicotrópicos** como los antidepresivos en caso de la depresión prenatal y posparto, pero siempre en función del perfil etiológico de la depresión y de la severidad de sus síntomas. Por lo tanto, es importante que las enfermeras estén bien informadas sobre la administración de estos fármacos. Además, las madres lactantes pueden preocuparse por la exposición de su bebe a la medicación a través de la leche materna. Es fundamental que las enfermeras eduquen a las madres sobre el análisis riesgo-beneficio para ayudarles a tomar una decisión informada sobre la lactancia. Aun se necesita más investigación sobre el grado de exposición a la medicación a través de la leche materna, así como acerca de los efectos posteriores en el desarrollo infantil (Marcus, et al. 2001). Se ha documentado que los antidepresivos más seguros en el embarazo y lactancia son los Inhibidores selectivos de Serotonina (Borda y Forero, 2013), por ejemplo, el uso de la Fluoxetina durante el primer trimestre del embarazo no se asocia con efectos teratógenos en el feto (Addis, et al. 2000). En cambio los antidepresivos tricíclicos como la Clomipramina, no



se ha establecido plenamente su seguridad en el embarazo y lactancia ya que existen muy pocos informes publicados sobre su efecto en el feto y en el recién nacido (Schimmel, et al.1991).

Por otro lado, **la enfermera en maternidad** presta un cuidado a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio. Será necesario establecer con las gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, reconocer las necesidades y los problemas y actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad (Pérez, 1996)

El fin de la asistencia de Enfermería en Maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible. En el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres. Es primordial valorar el estado de salud de la embarazada, tanto físico como psíquico, durante la gestación, así como prevenir la ansiedad generada en por el futuro parto y promover la salud.

Un buen conocimiento del embarazo evitara posibles trastornos de ansiedad o depresivos. Por ejemplo, en las últimas semanas de gestación se hará saber a la embarazada cuales son los signos que indican que el trabajo de parto está comenzando: secreción de moco vaginal color rosado, contracciones regulares intermitentes del útero, pérdida de líquido amniótico por vagina (rotura de membranas).

Una vez el ingreso de la mujer gestante en maternidad será importante señalar: la información acerca del embarazo y parto, aprender técnicas de relajación y respiración para el trabajo del parto, la importancia del inicio precoz del vínculo madre-hijo, la lactancia etc. (Pérez, 1996).

Se dará participación a todas las gestantes para que puedan canalizar todas sus ansiedades y dudas, teniendo en cuenta que el objetivo es una buena relación madre-hijo, tratando que el parto no se convierta en una situación angustiante que signifique una ruptura con la imagen fantaseada del hijo como producto gratificante y de ella misma como madre capaz de colaborar de manera efectiva en el nacimiento de su hijo (Pérez, 1996).



Una vez transcurrido el parto es común observar a la puérpera excitada los primeros días (felicitaciones, visitas familiares etc.) pero después la madre experimenta un sentimiento depresivo. Como ya hemos hablado, la depresión post-parto suele presentarse al tercer o cuarto día después del mismo. La enfermera debe ofrecer a la madre apoyo y orientación mientras aprende su nuevo rol y tranquilizarla explicándole lo que le está sucediendo, podrá animarla hablando de sus emociones, mostrando interés y comprendiendo lo que escucha. Le ayudará a tener confianza en su capacidad mostrando aprobación a sus esfuerzos para asumir las nuevas obligaciones de madre (Pérez, 1996).

En el caso de la **psicosis puerperal**, la entrevista con la paciente y la familia es de gran importancia ya que es necesario obtener la mayor cantidad de información posible acerca de la situación concreta de la paciente.

Un plan de cuidados en una paciente con psicosis puerperal deberá estar centrado en su seguridad, valorando el potencial de violencia tanto hacia sí misma como hacia los demás y hacia su propio hijo (evitar un infanticidio). El personal de enfermería deberá encargarse de eliminar los objetos extraños potencialmente lesivos, poner límite a los episodios de violencia y si es necesario utilizar medios mecánicos de contención. Además será importante reducir la ansiedad de la paciente para ello es necesario establecer una relación de confianza, intentando orientarlo y promocionar su contacto con la realidad. Otro punto será limitar los comportamientos inaceptables, enseñar a la paciente mecanismos de enfrentamiento y adaptación más eficaces y a afrontar sus sentimientos. Todo esto depende de la confianza que tenga la paciente con la enfermera (Bobes, 1994).

En conclusión, tanto el equipo de enfermería como la matrona deberán saber observar signos y síntomas de cualquier tipo de trastorno en la mujer gestante y puérpera para así evitar futuros problemas en la salud mental de la mujer, en el desarrollo del feto y en la relación madre-hijo.



7. CONCLUSIONES

Según la información obtenida de diversas fuentes bibliográficas podemos llegar a la conclusión que la maternidad es un proceso de transición que lleva a la edad adulta y que incluye cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales tanto para la mujer como para la familia, los cuales son vividos con más o menos estrés dependiendo de múltiples factores. La adopción del nuevo rol de madre lleva a una serie de cambios emocionales que conllevan un aumento de las probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos durante el embarazo y el puerperio.

Existen diversos factores psicosociales que pueden influir en la salud mental de la mujer en esta etapa gestacional. Algunos pueden ser el embarazo no deseado, un parto prematuro, la insatisfacción conyugal, el embarazo en la adolescencia, el miedo a los cambios fisiológicos durante el embarazo, complicaciones en el mismo, el consumo de sustancias tóxicas, un trastorno mental previo, etc.

La ansiedad y la depresión prenatal y posparto son señaladas por varios autores en el proceso de la gestación. En la etapa prenatal una gran proporción de mujeres experimentan un alto nivel de ansiedad debido a los numerosos cambios que se están produciendo en ella y en su entorno. Se ha demostrado que la ansiedad excesiva en esta etapa está relacionada con el bajo peso al nacer o cambios en el desarrollo del feto. Los trastornos de ansiedad más comunes en la mujer embarazada son el ataque de pánico que aparece repentinamente y es de corta duración, y el trastorno de ansiedad generalizada que se acompaña de una sensación de angustia y malestar emocional constante.

Por otro lado, la depresión prenatal y la depresión posparto son trastornos muy frecuentes y están ligados entre sí. La depresión durante el embarazo sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65% de los casos. Es decir, padecer la depresión prenatal aumenta en gran medida las probabilidades de padecer la depresión posparto. En el caso de la depresión posparto es de gran importancia detectar esta enfermedad ya que si no se trata se cronifica y puede llevar a problemas en la madre, el hijo y la familia. Por ello, existen métodos de screening como la Escala de la Depresión Posparto de Edimburgo, la cual se usa en atención primaria para la detección precoz de la depresión posparto.



Otro trastorno importante en la etapa del posparto es la psicosis puerperal. Sabemos que las enfermedades psiquiátricas en el posparto son 5 veces más frecuentes que en el embarazo, por esto damos gran importancia al papel protector de este frente a los trastornos mentales. Los factores para padecer la psicosis puerperal son similares a los de la depresión posparto, añadiendo además los factores hereditarios, los factores hormonales y los antecedentes de una enfermedad maniaco-depresiva.

Otro episodio que cursa con un cuadro más leve y es muy habitual tras el parto, es la tristeza puerperal o ‘blues’, el cual no necesitara tratamiento psiquiátrico, ya que no se considera patológico.

Es **necesario saber detectar, diagnosticar y tratar los trastornos en el embarazo y puerperio lo más precozmente posible**. La enfermera deberá ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada para prevenir los efectos negativos que estos trastornos psiquiátricos conllevan. Existen varias intervenciones psicológicas y psicosociales que el equipo sanitario puede utilizar en estos trastornos de la mujer. La terapia no directiva o centrada en la persona, la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual, las técnicas de relajación y en los casos más graves la farmacoterapia, donde habrá que tener en cuenta siempre el equilibrio riesgo-beneficio del bebé.

Las intervenciones de enfermería en las alteraciones mentales de la mujer en el embarazo y puerperio tienen un papel importante en su recuperación. La formación de las enfermeras y otros profesionales sanitarios en conocimientos sobre las distintas terapias y capacidades necesarias para intervenir en estos trastornos, dan lugar a resultados mucho más efectivos y tienen una mayor aceptación por parte de las madres. Además, es importante que las enfermeras estén informadas sobre la administración de fármacos específicos en este tipo de problemas, y así educar a las madres sobre el análisis riesgo-beneficio y ayudarlas a tomar una decisión, por ejemplo, en la farmacoterapia en la lactancia.

Para finalizar, ante la controversia surgida por la aparición de las “doulas” en el cuidado del proceso embarazo-parto-puerperio de la mujer, nos inclinamos a definir dicha práctica como deficitaria en cuanto a su fundamentación formativa a diferencia de la actividad de las enfermeras y matronas específicamente formadas en cuidados especializados con la mayor evidencia científica. (ANEXO 2).



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Addis A, Koren G. Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a meta-analytical review of epidemiological studies. *Psychol Med.* 2000 Jan; 30(1):89-94.
2. Arroyo, M. Doulas.es. [Online]. Available from: <http://doulas.es/> [Accessed 17 May 2015].
3. Blasco M, Monedero C, Alcalde J, Criado C, Santaella F, Criado E. Progresos de obstetricia ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga. España.
4. Bobes García J. et al. “Salud mental: enfermería psiquiátrica”. Editorial Síntesis. 1994. Madrid.
5. Borda M, Forero C. Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital niño Jesús en Barranquilla (Colombia), 2003. *Salud Uni norte. Barranquilla (Col.)* 2013;29(3):394-405.
6. Brew MF, Seidenberg R. Psychotic reactions associated with pregnancy and childbirth. *J Nerv Ment Dis.* 1950 May;111(5):408–423.
7. Brockington, IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, & Margison F. Stress and puerperal psychosis. *Br. J Psychiatry.* 1990;157:331-4.
8. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof.* 2006;7(4):5-11.
9. CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. Capítulo V: Trastornos mentales del comportamiento y del desarrollo. OMS. 1992. pp.241-4.
10. Dean C, Kendell RE. The symptomatology of puerperal illnesses. *Br.J Psychiatry;* 1981:139, 128-133.
11. Dennis C, Bookey-Bassett S, Bottomley D. Programa de guías de las buenas prácticas enfermeras, Intervenciones para la depresión posparto. Asociación de enfermeras de Ontario. Abril 2005
12. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, Costigas KA, Pressman EK. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 2003;98:67-8.
13. Dragonas T, Christodolou GN. Antenatal care. *Clin Psychology Rev* 1998; 18:127-42.
14. DSM - IV - R, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed.Masson.1995.p.394-5.
15. Elisabethornano-tdahorg. 1. Elisabethornano-tdahorg. [Online]. Available from: <http://elisabethornano-tdah.org/archivos/GUIA-PREVENCION.pdf> [Accessed 6 May 2015].



16. Enfermería Facultativa; Doulas: un riesgo para las embarazadas y sus bebés; febrero 2015; numero 203
17. Fernández LM, Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*. 2007, 1(1). (consultado el 23 de abril de 2015); disponible en <http://www.aprendemos.net/RPPSM/PDF/v1n1o1.pdf>
18. Ferrando L. La depresión en la mujer. *Psiquiatría Atención Primaria*. 2003;4:4-9.
19. Gluckman PD, Hanson MA. Developmental plasticity and human disease: research directions. *J Intern Med*. 2007; 261:461-71.
20. Guyotat J. Mort, naissance et filiation. Editorial Masson. 1980. Tomado de la reseña realizada por el Dr. Lomas en la revista *Siso / Saude*, nº 18, 1992.
21. Hidalgo MV. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. Universidad de Sevilla, Susana Menéndez, Universidad de Huelva. *Familia* 38 (2009) 133-52.
22. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counseling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ*. 1989 Jan 28; 298(6668):223–6.
23. Kaimhorg. 1. Kaimhorg. [Online]. Available from: http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/Salud_Mental_y_Embarazo.pdf [Accessed 6 May 2015].
24. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150:662–73.
25. Kumar R. Postnatal Mental Illnesses: a transcultural perspective. *Soc. Psychiatr. Epidemiol*. 1994 Nov;29(6):250-64.
26. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Juárez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2006;26: 23
27. Macfarlane A. *Psicología del nacimiento*. Madrid: Morata 1985
28. Maldonado M, Lartigue T. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 100-110.
29. March D, Yonkers KA. Panic disorder. En: Yonkers K, Little BB (eds.). *Management of psychiatric disorders in pregnancy*. London: Arnold Publisher; 2001, p. 134-48.
30. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R y Greden JF. Treatment guideline for depression in pregnancy; *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001; 72:61-70.
31. Marks M N, Siddle K, Warwick C.. Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003 Feb;13(2):119-27.



32. Martínez P, Waysel RK. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología [en línea] 2009, 14 (Julio-Diciembre) : [consulta: 27 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>
33. Medina CM, Coffin N, Álvarez M, Jiménez ML, Béjar F, Béjar C. El Médico general como primer contacto en usuarios con depresión e ideación suicida. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2010;13(4):183-96.
34. Motheriskorg. 1. Motheriskorg. [Online]. Available from: http://www.motherisk.org/prof/drugsDetail.jsp?category_id=47 [Accessed 11 May 2015].
35. Moure R. Las psicosis puerperales (originales y revisiones). Psiquiatría Gallega (edición digital) 1999 (Acceso el 13 de abril de 2015); disponible en: http://www.psiquiatriagallega.org/uploadedFiles/AGP.r8ms4/fileManager/junio_1997_03.pdf
36. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. Arch Dis Child. 1997 Aug; 77(2): 99–101.
37. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independent of postnatal depression. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2002;41:1470-77.
38. Pérez M. E. La Enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 1996, Xv, N° 3.
39. Sainz KG, Chávez BE, Díaz ME, Sandoval MA., Robles MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Aten Fam. 2013;20(1):25-7.
40. Schimmell MS, Katz EZ, Shaag Y, Pastuszak A, Koren G Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy. J Toxicol Clin Toxicol. 1991;29(4):479-84.
41. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and intervention; Ontario: Toronto Public Health; 2003.
42. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective study of the MATQUID cohort. European Psychiatry. 2004; 19:459-63.
43. Thomas, V. El vínculo afectivo con el niño que va a nacer. (2nd ed.). USA: Urano; 1992.
44. Urbina CC, Villaseñor SJ. Los trastornos mentales y el embarazo. Revista Digital Universitaria UNAN (Universidad Nacional Autónoma de México) [edición digital]. nov 2005; 6(11). (Consultado el 17 de marzo de 2015). Disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf
45. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. Arch Womens Ment Health. 2003 Feb;6(1):43-9.



ANEXO I

ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH (EPDS)¹

Obtenido de la British Journal of Psychiatry (Revista Británica de Psiquiatría) Junio de 1987.

Instrucciones de uso:

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

Pautas para la evaluación:

- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.
- Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

¹ La **EPDS** se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

**Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

<p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, no he podido</p>	<p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No, casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>
<p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos de lo que solía hacer</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>	<p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>
<p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p>	<p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>
<p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p><input type="checkbox"/> No, para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a menudo</p>	<p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p>
<p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No, no mucho</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>	<p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p>



ANEXO II: DOULAS Y MATRONAS

Las diferencias entre las matronas y doulas surgidas por la injerencia profesional de las estas últimas en el campo de las matronas ha dado lugar a una gran polémica en el campo sanitario. La figura de la doula no posee ningún tipo de titulación validada por el Estado y ni regulada por ninguna normativa. En cambio, su labor fundamental es dar apoyo tanto físico como emocional durante el embarazo, parto y puerperio realizando varias de las competencias propias de las matronas, llevando así a poner en riesgo la salud de las gestantes-puérperas pues no son profesionales sanitarios cualificados. Podría establecerse una colaboración regulando esta práctica y delimitando sus competencias, siempre priorizando el bienestar de las pacientes.

Las doulas se definen a ellas mismas como: “Personas experimentadas en la ayuda al nacimiento que proveen de soporte continuo, información y apoyo emocional y físico, a las mujeres embarazadas, antes, durante y justo después del parto”. Las doulas asisten a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en sus domicilios (Fuente: doulas.es).

Según *Doulas.es* la primera misión de la doula es informar positivamente de la experiencia de la maternidad y del parto a las mujeres embarazadas y a sus familias. El fundamento del cuidado de una doula se basa en el conocimiento que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad. Sin embargo, puede tener amplios conocimientos sobre masaje, reflexología, homeopatía y lactancia. Es la persona elegida por la mujer y/o la pareja para protegerles en su experiencia del nacimiento y asistir en su transición hacia la maternidad y paternidad. Su trabajo proviene de la tarea que tradicionalmente realizaban otras mujeres de la familia o del vecindario (como se hace en muchas culturas todavía).

Por otro lado, las matronas explican que esta nueva figura ha invadido numerosas competencias que son propias de su práctica profesional:

- Durante el embarazo:
 - Ayuda en la preparación física.
 - Visitas a domicilio



- Asiste a la mujer en la preparación prenatal.
- Apoyar a la mujer en el planteamiento del parto.
- Apoyo emocional.
- Ayuda a decidir donde parir.
- Elaborar un plan de parto.
- Información objetiva sobre las distintas opciones en cada momento del embarazo (pruebas diagnosticas, tipos de parto, lecturas etc.)
- Durante el parto
 - Ayudar a la madre a manejar el dolor con respiración, masajes, movimiento, cambios de posición y técnicas de relajación.
 - Informar sobre el avance del parto, sus opciones de tratamiento, medicamentos y riesgos.
 - Servir como lazo de comunicación entre el equipo médico y los padres.
 - Controles durante la labor del parto.
 - Mediar con el equipo sanitario para que se respeten sus deseos.
 - Respetar la privacidad de la mujer de parto.
- Después del nacimiento del bebé
 - Apoyo inmediato a la lactancia y al vínculo.
 - Brindarte información básica sobre el desarrollo normal del bebe y sus necesidades.
 - Atender las necesidades del posparto, como el cuidado de heridas y atención emocional.
 - Informarte y colaborar con la lactancia materna, su frecuencia, posiciones y aclarar dudas.
 - Apoyo y ayuda en la recuperación psicofísica.
 - Acompañamiento en abortos y duelo perinatal.
 - Sesión posparto
 - Fortalece y resguarda el vinculo mama-bebe y mama-bebe-familia.
 - Informa de los cuidados físicos en el posparto.

Según la revista ‘Enfermería Facultativa’, las doulas son una figura emergente en el ámbito sanitario cuya actividad entra en conflicto directo con la enfermería y especialmente con las matronas.



La profesora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid explica que las doulas están dando clases de educación maternal, atendiendo partos, educando en la lactancia, explicando cómo ejercitar el suelo pélvico o haciendo seguimientos de embarazos, correspondiendo todas estas actividades a las matronas.

DOULAS	MATRONAS
<ul style="list-style-type: none">• Su labor fundamental es dar apoyo, tanto físico como emocional durante el embarazo, el parto y el puerperio.• El principal mérito para trabajar como 'doula' es el hecho de ser madre o abuela de uno o varios hijos.• Gana importancia en los pueblos del norte de España.	<p>Profesional sanitario que con una actitud científica y utilizando medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano (Art. 3 Orden SAS/1349/2009).</p>
<ul style="list-style-type: none">• Curso no oficial de 10 sesiones (cuesta 1500 euros) impartido por doulas e incluso matronas.• Reciben un carnet sin validez.	<ul style="list-style-type: none">• Formación académica: 6 años. 4 años del Grado de Enfermería y 2 años de EIR.
<ul style="list-style-type: none">• No tienen regulación legal ni fiscal, no reconocidas en la IAE.• El cobro se realiza directamente a la paciente (60-80 euros/consulta). Sin contratos, ya que se trata de economía sumergida.	<ul style="list-style-type: none">• Competencias legalmente reconocidas y reguladas a nivel europeo por la Directiva de Cualificaciones profesionales.
<ul style="list-style-type: none">• Promueven prácticas como la placentofagia (acto de alimentarse de la propia placenta y recomiendan a las madres su ingesta para recuperarse del parto y propiciar la subida de leche) o usar la placenta como abono y sembrar un árbol frutal encima. Simbolizando el crecimiento de la planta al del bebé.• Realizan cursos de preparación al parto, de lactancia, dan apoyo psicológico a las madres etc.	<ul style="list-style-type: none">• Sus competencias están legalmente reconocidas e interviene en la planificación familiar, supervisa el embarazo normal, prescribe los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo, programas de preparación al parto, asistencia antes, durante y después del parto, cuidados del recién nacido, redacta los informes pertinentes etc.