


DEPRESIÓN POSPARTO

En mujeres jóvenes

- PRIMERA EDICIÓN -



© PSIC. SHIRLEY BETANCOURT ZAMBRANO
LCDA. CARMEN VERDEZOTO MICHUY
LCDA. INÉS BAJAÑA MENDIETA
LCDA. KAREN MACÍAS SÁNCHEZ
DRA. SONIA CORREA PACHECO
LCDA. ELIDA BAJAÑA QUINTANA



DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES JOVENES

© Shirley Vanessa Betancourt Zambrano

Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy

Inés De La Luz Bajaña Mendieta

Karen Gabriela Macías Sánchez

Sonia Isabel Pacheco Correa

Elida Yesenia Bajaña Quintana



© Autores

Psic. Shirley Vanessa Betancourt Zambrano

Quevedo – Ecuador

sbetancourtz@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0869-5367>

Psicóloga Clínica graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo. Magíster en Neuropsicología y Educación (Universidad de La Rioja, España). Especialista en Psicología Forense y Criminalística, con amplia experiencia en el ámbito social y educativo. Actualmente se desempeña como docente universitaria en cátedras afines al área psicológica en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo (UTEQ), donde también es directora de proyectos de investigación. Investigadora adjunta del Centro Latinoamericano de Estudios en Epistemología Pedagógica y autora de diversos

artículos científicos y textos bibliográficos.

Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy

Quevedo – Ecuador

cverdezotom@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4570-5325>

Licenciada en Enfermería (Universidad Técnica de Babahoyo, 2019). Máster en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería (Universidad de La Rioja, España). Ex enfermera A3 del Hospital General Marcos Vinicio Iza. Actualmente es docente en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, donde lidera el Proyecto de Vinculación "Intervención Educativa para Prevenir la Malnutrición Infantil". Es autora de publicaciones científicas y del libro "Rendimiento Académico Influenciado por los Procesos Metacognitivos".

Lcda. Inés De La Luz Bajaña Mendieta

Quevedo – Ecuador

ibajana@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8330-547X>

Licenciada en Comunicación Social. Máster en Gerencia de Proyectos Educativos y Sociales. Docente titular en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Ha sido Directora de Desarrollo Social del GAD de Quevedo (2009–2011), Subdecana de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería (2019–2021) y actualmente Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud (2021–2025). Investigadora y autora de artículos

científicos y proyectos sociales.



Lcda. Karen Gabriela Macías Sánchez

Quevedo – Ecuador

kmaciass3@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7225-2248>

Licenciada en Enfermería (UTEQ, 2014) y en Laboratorio Clínico (Universidad Estatal de Guayaquil, 2012). Máster en Gerencia Hospitalaria (2017). Egresada del Magíster en Ciencias del Laboratorio Clínico (Universidad Estatal del Sur de Manabí). Se desempeña como responsable del Servicio de Medicina Transfusional del Hospital Sagrado Corazón de Jesús en Quevedo. Docente en la carrera de Enfermería en UTEQ y autora de artículos científicos.

Dra. Sonia Isabel Correa Pacheco

Quevedo – Ecuador

spachecoc@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9910-1906>

Doctora en Medicina y Cirugía (Universidad Central del Ecuador, 2007). Especialista en Medicina Familiar (PUCE, Quito). Magíster en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud (UTPL). Ex responsable del área de Auditoría Médica del Hospital General Quevedo – IESS. Actualmente es médica familiar y docente de la carrera de Enfermería en UTEQ desde 2018. Autora de varios artículos científicos y referente docente en atención perinatal.

Lcda. Elida Yesenia Bajaña Quintana

Quevedo – Ecuador

ebajanaq@uteq.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3215-0444>

Licenciada en Educación con mención en Primaria (Universidad Estatal de Guayaquil). Máster en Educación con mención en Inclusión Educativa y Atención a la Diversidad (Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil). Tiene más de 22 años de experiencia como docente, tanto en educación básica como superior. Actualmente es docente universitaria en UTEQ. Ha participado en numerosos cursos, talleres y ponencias, especializándose en innovación educativa y uso de tecnologías aplicadas a la enseñanza.

Casa Editora del Polo - CASEDELPO CIA. LTDA.
Departamento de Edición

Editado y distribuido por:

Editorial: Casa Editora del Polo

Sello Editorial: 978-9942-816

Manta, Manabí, Ecuador. 2019

Teléfono: (05) 6051775 / 0991871420

Web: www.casadelpo.com

ISBN: 978-9942-684-36-3

DOI: <https://doi.org/10.23857/978-9942-684-36-3>

© Primera edición

© Marzp - 2025

Impreso en Ecuador

Revisión, Ortografía y Redacción:

Lic. Jessica M. Mero Vélez

Diseño de Portada:

Michael J. Suárez-Espinar

Diagramación:

Ing. Edwin A. Delgado-Veliz

Director Editorial:

Lic. Henry D. Suárez Vélez

Todos los libros publicados por la Casa Editora del Polo, son sometidos previamente a un proceso de evaluación realizado por árbitros calificados.

Este es un libro digital y físico, destinado únicamente al uso personal y colectivo en trabajos académicos de investigación, docencia y difusión del Conocimiento, donde se debe brindar crédito de manera adecuada a los autores.

© **Reservados todos los derechos.** Queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento, parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento.

Constancia de Arbitraje

La Casa Editora del Polo, hace constar que este libro proviene de una investigación realizada por los autores, siendo sometido a un arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review), de contenido y forma por jurados especialistas. Además, se realizó una revisión del enfoque, paradigma y método investigativo; desde la matriz epistémica asumida por los autores, aplicándose las normas APA, Sexta Edición, proceso de anti plagio en línea Plagiarisma, garantizándose así la científicidad de la obra.

Comité Editorial

Abg. Néstor D. Suárez-Montes
Casa Editora del Polo (CASEDELPO)

Dra. Juana Cecilia-Ojeda
Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

Dra. Maritza Berenguer-Gouarnaluses
Universidad Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Dr. Víctor Reinaldo Jama-Zambrano
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ext. Chone

Contenido

PRÓLOGO.....	16
INTRODUCCIÓN.....	18

CAPÍTULO 1

Fundamentos teóricos de la depresión postparto.....19

1.1 Definición clínica y contextual de la depresión postparto.....	20
1.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5 y CIE-11	20
1.3 Diferencias entre tristeza posparto, depresión y psicosis.....	21
1.4 Causas biológicas, psicológicas y sociales.....	24
1.5 Manifestaciones clínicas y curso del trastorno.....	25
1.6 Impacto en el desarrollo del vínculo madre-hijo.....	27
1.7 Herramientas diagnósticas: Escala EPDS	28
1.8 Enfoques terapéuticos y modelos de intervención actuales...	30

CAPÍTULO 2

Trastornos del estado de ánimo en el posparto: evolución histórica.....32

2.1 La mirada médica en el siglo XIX y XX.....	33
2.2 Maternidad y locura: mitos históricos.....	33
2.3 El discurso patriarcal en la psiquiatría clásica.....	34
2.4 Avances en la comprensión del posparto como etapa crítica.....	34
2.5 El reconocimiento de la depresión postparto en manuales clínicos.....	35
2.6 Perspectivas contemporáneas: salud mental perinatal.....	35
2.7 Cambios en el enfoque clínico-psicológico.....	36
2.8 Aportes del feminismo y la antropología médica.....	36

CAPÍTULO 3

La depresión postparto desde la psicología y la neurociencia....38

3.1 Explicaciones desde la neurobiología: neurotransmisores y hormonas.....	39
3.2 Cambios cerebrales asociados al posparto.....	39
3.3 El enfoque psicodinámico y conflictos emocionales.....	40
3.4 Modelos conductuales y esquemas de pensamiento.....	40
3.5 Vulnerabilidad cognitiva y distorsiones maternas.....	41

3.6 Perspectiva de apego e historia personal de la madre.....	42
3.7 Procesamiento emocional y autorregulación en el posparto.....	42
3.8 El cerebro materno y la sensibilidad al entorno.....	43

CAPÍTULO 4

Enfoques psicosociales y comunitarios sobre la maternidad.....45

4.1 La maternidad como construcción cultural.....	46
4.2 Mandatos de género y expectativas sobre el rol materno.....	46
4.3 Invisibilización del sufrimiento emocional en mujeres.....	47
4.4 El impacto del entorno familiar y comunitario.....	47
4.5 Salud emocional y acceso a redes de apoyo.....	48
4.6 Dimensión colectiva de la crianza: ¿utopía o necesidad?.....	48
4.7 Implicaciones de la pobreza emocional en el puerperio.....	49
4.8 La psicología comunitaria como estrategia de intervención.....	49

CAPÍTULO 5

Mandatos culturales y representaciones sociales sobre la maternidad.....51

5.1 Maternidad idealizada vs. maternidad real.....	52
5.2 Frases que perpetúan el silenciamiento emocional.....	52
5.3 El “deber ser” materno en contextos rurales.....	53
5.4 Carga mental femenina: maternidad, trabajo y hogar.....	53
5.5 Prácticas de control simbólico: culpa, juicio y silencio.....	54
5.6 Testimonios reales: voces de mujeres que no fueron escuchadas.....	54
5.7 Estigmas asociados a pedir ayuda emocional.....	55
5.8 Desmitificar la maternidad como forma de prevención.....	55

CAPÍTULO 6

El estigma de la salud mental femenina en zonas rurales.....57

6.1 ¿Qué es el estigma y cómo opera en la salud mental?.....	58
6.2 Estereotipos sobre las mujeres que “se quejan”.....	58
6.3 Miedo a ser juzgada o señalada por la comunidad.....	59
6.4 Invisibilización institucional: el sistema de salud ante la depresión.....	59
6.5 La figura del psicólogo: mitos y barreras culturales.....	60
6.6 Consecuencias del estigma en la búsqueda de ayuda.....	60
6.7 Estrategias para romper el estigma desde la comunidad.....	61

6.8 Educar para comprender: claves de intervención desde el territorio.....	61
---	----

CAPÍTULO 7

Caracterización geográfica y demográfica del recinto

El Vergel.....	63
-----------------------	-----------

7.1 Ubicación y contexto territorial.....	64
7.2 Infraestructura básica: transporte, servicios y vivienda.....	64
7.3 Dinámica poblacional y estructura familiar.....	65
7.4 Actividades económicas predominantes.....	65
7.6 Acceso a salud y educación.....	66
7.7 Perfil general de las mujeres jóvenes del sector.....	67
7.8 El entorno comunitario como factor protector o de riesgo.....	67

CAPÍTULO 8

Perfil de vida y condiciones socioeconómicas de las madres

jóvenes.....	69
---------------------	-----------

8.1 Edad del primer embarazo y nivel educativo.....	70
8.2 Situaciones de pareja: unión libre, abandono, violencia.....	70
8.3 Embarazos no planificados y maternidad temprana	71
8.4 Nivel de ingresos y dependencia económica.....	71
8.5 Red de apoyo real vs. ideal.....	72
8.6 Doble carga: madre, hija, cuidadora y trabajadora.....	72
8.7 Interrupción de proyectos personales por maternidad.....	73
8.8 Las madres invisibles: cuando el entorno no escucha.....	73

CAPÍTULO 9

Creencias tradicionales sobre el puerperio y el cuidado

materno.....	75
---------------------	-----------

9.1 El resguardo: mitos, rituales y consecuencias.....	76
9.2 Mal de ojo, susto y otras explicaciones populares.....	76
9.3 Creencias sobre el llanto y la tristeza posparto	77
9.4 Refranes y expresiones que perpetúan el silencio.....	77
9.5 Interpretación religiosa del sufrimiento emocional.....	78
9.6 El rol de las abuelas y parteras.....	78
9.7 La carga simbólica del cuerpo materno.....	79
9.8 Diálogo entre saberes populares y ciencia médica.....	79

CAPÍTULO 10

Sistema de salud en El Vergel: brechas y desafíos en salud mentalperinatal.....81

10.1 Características del subcentro de salud local.....	82
10.2 Atención centrada en el bebé: la madre, fuera del foco.....	82
10.3 Falta de protocolos específicos para la salud mental materna.....	82
10.4 Relato de las usuarias: experiencias y desencantos.....	83
10.5 Capacitación del personal de salud en salud emocional.....	83
10.6 Mecanismos de derivación: barreras estructurales.....	84
10.7 Oportunidades perdidas en el control posnatal.....	84
10.8 Propuestas para una atención perinatal integral.....	85

CAPÍTULO 11

Metodología de la investigación y diseño del estudio.....87

11.1 Enfoque y tipo de investigación.....	88
11.2 Población y muestra.....	88
11.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	89
11.4 Consideraciones éticas.....	89
11.5 Técnicas de análisis de datos.....	90
11.6 Validación y confiabilidad.....	91
11.7 Limitaciones del estudio.....	91
11.8 Pertinencia del enfoque territorial y humanizado.....	92

CAPÍTULO 12

Resultados: sintomatología, factores asociados y datos empíricos.....93

12.1 Resultados generales del tamizaje EPDS.....	94
12.2 Síntomas clínicos más frecuentes en madres con depresión postparto (EPDS).....	94
12.3 Gráfico: Síntomas más frecuentes en madres con depresión postparto.....	95
12.4 Relación entre duración del puerperio y severidad clínica...96	
12.5 Gráfico: Relación entre duración del episodio y severidad clínica.....	97
12.6 Factores sociales asociados a mayor riesgo emocional.....	97
12.7 Hallazgos cualitativos relevantes de las entrevistas.....	99

12.8 Análisis cruzado: edad, escolaridad y síntomas emocionales.....	100
12.9 Conclusiones estadísticas del capítulo.....	100

CAPÍTULO 13

Discusión de los resultados y contraste con estudios previos.....102

13.1 Comparación de resultados con la literatura nacional e internacional.....	103
13.2 El rol de la pobreza emocional como categoría emergente.....	103
13.3 La brecha entre diagnóstico clínico y realidad cultural.....	104
13.4 Visibilización de las madres invisibles.....	104
13.5 El tiempo como agravante no atendido.....	105
13.6 Impacto comunitario del malestar materno.....	105
13.7 Necesidad de enfoques interdisciplinarios e interseccionales.....	106
13.8 Aportes del estudio para futuras investigaciones y políticas públicas.....	106

CAPÍTULO 14

Propuesta de intervención comunitaria para madres en riesgo emocional.....108

14.1 Justificación de la propuesta.....	109
14.2 Objetivo general.....	109
14.3 Objetivos específicos.....	109
14.4 Componentes de la propuesta.....	109
14.5 Sistema de tamizaje y derivación emocional en el subcentro de salud.....	111
14.6 Cronograma sugerido de implementación.....	112
14.7 Indicadores de evaluación de impacto.....	112
14.8 Sostenibilidad y proyección territorial.....	113

CAPÍTULO 15

Conclusiones generales del estudio y recomendaciones finales.....114

15.1 Conclusiones generales del estudio.....	115
15.2 Recomendaciones generales.....	116

CAPÍTULO 16

Recomendaciones específicas para instituciones, familias y comunidades.....118

- 16.1 Para el sistema de salud.....119
- 16.2 Para el sistema educativo119
- 16.3 Para los gobiernos locales y autoridades comunitarias.....119
- 16.4 Para las familias.....120
- 16.5 Para la comunidad en general.....120

CAPÍTULO 17

Testimonios de las madres y relatos del silencio.....122

- 17.1 “Lloraba en silencio cuando todos dormían”123
- 17.2 “Yo no sabía que eso tenía nombre”.....123
- 17.3 “No me dejaron llorar”124
- 17.4 “Lo único que quería era dormir sin culpa”.....124
- 17.5 Reflexión colectiva: cuando una habla, todas sanan.....124
- 17.6 El poder político de contar lo vivido.....125
- 17.7 Conclusión: del testimonio a la transformación.....126

CAPÍTULO 18

Diseño del modelo de acompañamiento emocional comunitario para zonas rurales.....127

- 18.1 Nombre del modelo: □ Maternidades Acompañadas.....128
- 18.2 Estructura del modelo.....128
- 18.3 Materiales necesarios.....129
- 18.4 Participantes clave.....130
- 18.5 Cronograma de implementación en 6 fases.....130
- 18.6 Indicadores de éxito del modelo.....130
- 18.7 Adaptabilidad a otros territorios.....131
- 18.8 Conclusión: sembrar cuidado, cosechar comunidad.....132

CAPÍTULO 19

Anexos: instrumentos aplicados, tablas y gráficos finales.....133

- 19.1 Instrumento aplicado: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).....134
- 19.2 Tabla resumen de severidad clínica según EPDS.....134

19.3 Gráfico 1: Síntomas más frecuentes según la EPDS.....	135
19.4 Gráfico 2: Relación entre duración del puerperio y severidad de síntomas.....	135
19.5 Tabla cruzada: Factores sociales y sintomatología.....	135
19.6 Ficha socioeconómica utilizada.....	135

CAPÍTULO 20

El rol del padre y las redes masculinas de apoyo.....137

20.1 Introducción: ¿Dónde están los padres?.....	138
20.2 La figura del padre en el contexto rural.....	138
20.3 El padre como actor secundario: una herencia cultural.....	139
20.4 Consecuencias de la desvinculación paterna.....	139
20.5 El padre como red de apoyo emocional.....	140
20.6 Estrategias comunitarias para despertar la paternidad activa.....	141
20.7 Conclusión: sin padres presentes, las madres crían en desventaja.....	142
20.8 Estrategias comunitarias para despertar la paternidad activa	143
20.9 Conclusión: sin padres presentes, las madres crían en desventaja.....	144

CAPÍTULO 21

Impacto de la depresión postparto en el desarrollo del bebé y la primera infancia.....145

21.1 Introducción: cuando el dolor de la madre también lo siente el bebé.....	146
21.2 El vínculo afectivo temprano: base de la salud emocional.....	146
21.3 Efectos observables en el bebé y la infancia temprana.....	147
21.4 Impacto en el apego y en la relación madre-hijo.....	148
21.5 El círculo transgeneracional del sufrimiento no acompañado.....	148

CAPÍTULO 22

Estrategias de autocuidado y empoderamiento emocional en madres jóvenes.....150

22.1 Introducción: recuperar el derecho a cuidarse.....	151
---	-----

22.2 ¿Qué es el autocuidado materno y por qué es urgente?...	151
22.3 Barreras al autocuidado en madres jóvenes.....	152
22.4 Estrategias accesibles de autocuidado cotidiano.....	153
22.5 Empoderamiento emocional: recuperar la voz, el cuerpo y el deseo.....	153
22.6 Redes de autocuidado colectivo en comunidades rurales.....	154
22.7 Cierre del capítulo: cuidar a la madre es cuidar a la sociedad.....	155

CAPÍTULO 23

Propuesta de formación comunitaria en salud mental materna para líderes locales y promotoras de salud.....157

23.1 Introducción: ¿quién cuida a quienes cuidan?.....	158
23.2 Objetivo general.....	158
23.3 Enfoques clave de la formación	158
23.4 Contenidos sugeridos del proceso formativo.....	159
23.5 Perfil de la promotora comunitaria en salud emocional materna.....	160
23.6 Criterios de evaluación y seguimiento del proceso formativo.....	161
23.7 Sostenibilidad: cómo articular esta formación con políticas locales.....	162
23.8 Cierre del capítulo: formar para cuidar, cuidar para transformar.....	163

CAPÍTULO 24

Enfoque de derechos y legislación vigente sobre salud mental perinatal en el Ecuador.....164

24.1 Introducción: cuidar a las madres no es caridad, es justicia	165
24.2 ¿Qué es el enfoque de derechos en salud?.....	165
24.3 Marco legal vigente en Ecuador sobre salud y maternidad.....	166
24.4 Deudas pendientes del Estado.....	167
24.5 La depresión postparto como forma de violencia institucional y estructural.....	168
24.6 Propuestas de reforma, política pública y ordenanzas locales	168

24.7 Conclusión del capítulo: del reconocimiento legal a la transformación real170

CAPÍTULO 25

Ficha técnica, autoras y cierre institucional del libro.....171

25.1 Ficha técnica del libro.....172

25.2 Créditos de autoras e investigadoras.....173

25.3 Agradecimientos especiales.....173

25.4 Licencia de uso y reproducción.....174

25.5 Palabras finales institucionales.....174

CAPÍTULO 26

Carta abierta a las madres que crían en silencio.....175

Bibliografía.....179

El nacimiento de un hijo suele estar socialmente asociado a alegría, plenitud y realización personal. Sin embargo, la realidad es muchas veces más compleja. Durante el periodo postparto, una cantidad significativa de mujeres experimenta sentimientos de tristeza, culpa, ansiedad, y en ocasiones, una profunda desesperación. Este conjunto de síntomas configura lo que conocemos como depresión postparto (DPP), una condición que afecta aproximadamente al 13% de las madres en todo el mundo, siendo aún más prevalente en países en vías de desarrollo como Ecuador, especialmente en zonas rurales con limitaciones socioeconómicas.

La presente obra se centra en investigar, con rigor metodológico y profunda sensibilidad humana, la situación real de mujeres jóvenes en el recinto El Vergel, en Quevedo, Ecuador. Aquí, la invisibilidad de la depresión postparto, junto con la falta de educación preventiva y escasa atención psicológica especializada, constituye un desafío particular que merece toda nuestra atención.

Los autores realizan un recorrido teórico, histórico y metodológico que nos permite entender con claridad cuáles son los factores de riesgo más relevantes, cómo identificarlos y, sobre todo, cómo ayudar desde la familia, la comunidad y los sistemas de salud. Además, gracias a un profundo análisis de la realidad específica del recinto El Vergel, obtenemos un valioso acercamiento a la vida cotidiana de las mujeres afectadas, sus necesidades reales y sus testimonios directos.

Es nuestro deseo más profundo que esta publicación sirva para iluminar un problema que permanece muchas veces oculto detrás de sonrisas forzadas y silencios profundos. Creemos firmemente que la depresión postparto merece atención, recursos, estrategias concretas y solidaridad social, y confiamos en que esta investigación sea una herramienta efectiva para construir mejores redes de apoyo comunitario, políticas públicas más eficientes y, sobre todo, para devolver a muchas madres la tranquilidad y el

bienestar que merecen ellas y sus hijos.

Confiamos en que el lector encontrará en estas páginas no solo conocimiento científico, sino también empatía, esperanza y motivación para seguir trabajando juntos por el bienestar emocional de nuestras mujeres, sus hijos y sus familias.

Psic. Shirley Betancourt Zambrano

Quevedo, Los Ríos – Ecuador

El embarazo es a menudo considerado un momento de felicidad y plenitud, pero para muchas mujeres, la realidad posterior al parto puede estar marcada por dificultades emocionales inesperadas. Entre ellas, la depresión postparto (DPP) se presenta como una condición compleja y, a menudo, invisible, que afecta a un porcentaje significativo de madres alrededor del mundo. A pesar de su prevalencia, la DPP sigue siendo un tema rodeado de tabúes, malentendidos y, en muchos casos, una falta de apoyo adecuado.

En Ecuador, y especialmente en zonas rurales como El Vergel, en Quevedo, la depresión postparto no solo se enfrenta a la invisibilidad social, sino también a una falta de recursos y de atención especializada. En estos contextos, la escasa información sobre la salud mental y las limitadas opciones de intervención dificultan aún más la identificación temprana y el tratamiento de esta condición, perpetuando una situación de vulnerabilidad para las madres afectadas y sus hijos.

Este trabajo tiene como objetivo principal ofrecer una comprensión más profunda de la situación de las mujeres que experimentan depresión postparto en El Vergel. A través de un enfoque metodológico riguroso, exploraremos los factores de riesgo, las causas subyacentes y las posibles estrategias de intervención, tomando en cuenta las realidades culturales, sociales y económicas de la comunidad. Además, se buscará resaltar las voces de las propias mujeres afectadas, proporcionando una visión integral que permita diseñar soluciones concretas y adaptadas a sus necesidades.

Este estudio no solo busca aumentar la conciencia sobre la DPP en áreas rurales, sino también promover un cambio significativo en la forma en que se aborda el bienestar emocional de las madres en el postparto. A través de la colaboración de la familia, la comunidad y los sistemas de salud, aspiramos a generar un impacto positivo que ofrezca un mejor apoyo a aquellas mujeres que, en silencio, enfrentan esta compleja realidad.

CAPÍTULO 1

***Fundamentos teóricos de la depresión
postparto***

1.1 Definición clínica y contextual de la depresión postparto

La depresión postparto (DPP) es un trastorno afectivo que afecta a las mujeres durante las semanas o meses posteriores al parto, caracterizado por un conjunto de síntomas emocionales, físicos y conductuales que interfieren significativamente en el funcionamiento diario, el vínculo madre-hijo y la calidad de vida de la madre. No se trata de un evento emocional pasajero, sino de una condición clínica que puede tener consecuencias severas si no se detecta y trata oportunamente.

Desde un enfoque clínico, la DPP se ubica dentro de los trastornos del estado de ánimo, específicamente como un episodio depresivo mayor con especificador de inicio en el posparto. Sin embargo, su comprensión no debe limitarse a una perspectiva médica. La DPP es un fenómeno complejo, multidimensional y profundamente influenciado por factores socioculturales, contextuales y de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que entre el 13% y el 19% de las mujeres a nivel global desarrollan síntomas depresivos durante el primer año después del parto, cifra que puede elevarse al 25% en contextos de pobreza, desigualdad o violencia. En Latinoamérica, donde los sistemas de salud mental presentan limitaciones estructurales, las cifras son aún más preocupantes.

En comunidades rurales como El Vergel, la depresión postparto se presenta con particular intensidad debido a la acumulación de factores de riesgo: falta de acceso a servicios de salud adecuados, escaso acompañamiento emocional, altos niveles de carga doméstica, pobreza estructural y mandatos culturales que invisibilizan el dolor emocional materno.

1.2 Criterios diagnósticos según el DSM-5 y CIE-11

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ª edición) establece que un episodio depresivo mayor puede clasificarse como postparto si se presenta dentro de las primeras 4 semanas después del parto, aunque diversos estudios

clínicos extienden ese rango hasta el primer año de vida del bebé.

Criterios principales:

Para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, deben cumplirse al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, con un cambio respecto al funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas debe ser:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Pérdida marcada de interés o placer en casi todas las actividades.

Los demás síntomas pueden incluir:

- Cambios significativos en el apetito o el peso.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición, OMS) también reconoce este trastorno bajo el código 6A70.1 – Trastorno depresivo postnatal, especificando que debe aparecer dentro del período de puerperio y estar acompañado de un deterioro significativo del funcionamiento personal o familiar.

En contextos rurales, estos criterios se ven dificultados por la falta de formación del personal de salud, la ausencia de tamizaje sistemático, y la tendencia a normalizar el sufrimiento materno como parte de la experiencia posparto.

1.3 Diferencias entre tristeza posparto, depresión y psicosis

Durante el puerperio —período que comprende las primeras semanas tras el parto— muchas mujeres experimentan cambios

emocionales intensos debido a las variaciones hormonales, el agotamiento físico, el cambio de rutina y la presión del nuevo rol materno. Sin embargo, es crucial distinguir entre tres fenómenos distintos: la tristeza posparto (conocida también como baby blues), la depresión postparto y la psicosis posparto.

Tristeza posparto (baby blues)

Se presenta entre el 50% y el 80% de las mujeres y suele aparecer entre el tercer y décimo día después del parto, con síntomas leves y autolimitados. Se caracteriza por:

- Llanto fácil
- Cambios bruscos de humor
- Irritabilidad
- Ansiedad leve
- Trastornos leves del sueño
- Sensación de vulnerabilidad

Duración: no suele superar los 10 a 14 días.

Tratamiento: no requiere intervención médica; se resuelve con apoyo emocional, descanso y comprensión del entorno.

Importancia: aunque es considerado normal, si no hay contención familiar o si los síntomas persisten, puede evolucionar hacia una depresión clínica.

Depresión postparto (DPP)

Es una condición mucho más grave, prolongada e incapacitante. Se estima que afecta entre el 10% y 20% de las madres. Sus síntomas pueden iniciarse en cualquier momento durante el primer año posparto. Incluye:

- Tristeza persistente
- Anhedonia (incapacidad para disfrutar)

- Sentimientos de culpa, inutilidad o fracaso
- Insomnio o hipersomnia
- Dificultades para concentrarse
- Desconexión emocional con el bebé
- Pensamientos de autolesión o suicidio (en casos graves)

Duración: puede durar meses o cronificarse si no se trata.

Tratamiento: requiere intervención profesional (psicoterapia y, en algunos casos, medicación).

Consecuencias: afecta el desarrollo del vínculo afectivo con el bebé y el bienestar familiar.

Psicosis posparto

Es el cuadro más grave del espectro emocional posparto. Aunque es raro (afecta a 1 o 2 mujeres por cada 1,000 partos), constituye una emergencia psiquiátrica. Se presenta generalmente dentro de las primeras dos semanas después del parto y se manifiesta con:

- Delirios y alucinaciones
- Desorganización del pensamiento
- Agitación extrema o catatonia
- Comportamientos peligrosos
- Negación del bebé o confusión sobre su existencia
- Ideas suicidas o infanticidas

Duración: el inicio es agudo y rápido.

Tratamiento: requiere hospitalización inmediata y abordaje médico-psiquiátrico integral.

Riesgo: si no se interviene, puede poner en peligro la vida de la madre o del bebé.

Conclusión de la sección

La correcta diferenciación entre estos tres fenómenos es clave para actuar con rapidez y precisión. La falta de conocimiento en el entorno familiar o sanitario puede llevar a minimizar o confundir los síntomas, retrasando el tratamiento y agravando el cuadro clínico. Por ello, la formación en salud mental materna es una necesidad urgente en contextos rurales como El Vergel.

1.4 Causas biológicas, psicológicas y sociales

La depresión postparto es una condición multicausal. Su aparición depende de una interacción compleja entre factores biológicos, emocionales, psicológicos, sociales y contextuales, los cuales pueden predisponer, detonar o sostener el trastorno.

Factores biológicos

- Cambios hormonales abruptos: la disminución de estrógenos y progesterona tras el parto impacta la química cerebral, afectando neurotransmisores como la serotonina y dopamina.
- Privación del sueño: el insomnio o la falta de descanso profundo alteran la regulación emocional.
- Dolor físico o recuperación difícil del parto: cicatrices, infecciones o lactancia dolorosa contribuyen al malestar.
- Predisposición genética: antecedentes familiares de trastornos del ánimo pueden aumentar el riesgo.

Factores psicológicos

- Baja autoestima y autocrítica excesiva: percepción de no ser suficiente como madre.
- Historias personales de trauma, abuso o negligencia.
- Ansiedad elevada ante el nuevo rol materno.
- Idealización de la maternidad y decepción frente a la realidad.

- Miedo al rechazo social por mostrar vulnerabilidad.

Factores sociales y contextuales

- Pobreza y exclusión social: aumentan el estrés cotidiano.
- Falta de apoyo del entorno (pareja, familia, comunidad).
- Violencia doméstica o abandono emocional.
- Embarazo no planificado o no deseado.
- Carga de trabajo doméstico excesiva.

En el contexto de El Vergel, la mayoría de estos factores coexisten, generando una tormenta perfecta para que muchas mujeres —especialmente jóvenes— desarrollen síntomas depresivos tras el parto.

1.5 Manifestaciones clínicas y curso del trastorno

La depresión postparto no se manifiesta de una sola forma. Cada mujer puede experimentar un conjunto distinto de síntomas que varían en intensidad, frecuencia y duración. Sin embargo, existen ciertos patrones clínicos comunes que permiten identificar este trastorno a nivel diagnóstico y empírico.

A continuación, se describen las manifestaciones más frecuentes:

Síntomas emocionales

- Tristeza constante o llanto frecuente: la mujer se siente abrumada, sin motivo aparente para llorar, con una sensación persistente de vacío.
- Ansiedad intensa: preocupación constante por el bienestar del bebé, miedo a cometer errores, pensamientos catastróficos.
- Sentimiento de culpa: muchas madres creen no ser “lo suficientemente buenas” o sienten que están fallando en su rol.
- Irritabilidad: reacciones desproporcionadas frente a pequeñas situaciones, con dificultad para autorregularse.

- Desesperanza: percepción de que las cosas no mejorarán y pérdida de sentido.

Síntomas cognitivos y vinculares

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos negativos: “mi bebé estaría mejor sin mí”, “no puedo con esto”, “soy un fracaso”.
- Desconexión afectiva con el bebé: la madre no logra establecer un vínculo emocional sólido, lo cuida de manera automática o con rechazo.
- Autopercepción distorsionada: sensación de ser “una mala madre”, incapaz, torpe o inadecuada.

Síntomas físicos y conductuales

- Alteraciones del sueño: insomnio persistente, incluso cuando el bebé duerme, o hipersomnia como mecanismo de escape.
- Cambios en el apetito: pérdida de interés por la comida o atracones emocionales.
- Falta de energía o fatiga extrema: agotamiento que no mejora con el descanso.
- Negligencia del autocuidado: descuido de la higiene personal, de la alimentación o del entorno.

Curso y evolución del trastorno

El curso clínico de la depresión postparto varía en función de varios factores: apoyo recibido, acceso a tratamiento, características personales, entorno familiar y tiempo de detección.

- Depresión leve (transitoria): puede resolverse en pocas semanas si se interviene con acompañamiento emocional temprano.
- Depresión moderada: síntomas persistentes que afectan el funcionamiento general. Requiere atención profesional

estructurada.

- Depresión severa: síntomas intensos, riesgo de autolesión, anhedonia profunda. Su evolución puede ser crónica si no se interviene.

El retraso en el diagnóstico y el tratamiento aumenta el riesgo de que la depresión postparto evolucione hacia un trastorno depresivo mayor persistente, afectando el bienestar integral de la mujer y su entorno.

1.6 Impacto en el desarrollo del vínculo madre-hijo

Uno de los aspectos más delicados de la depresión postparto es su afectación directa en el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Durante los primeros meses de vida, el infante necesita un entorno emocionalmente estable, seguro y contenedor para desarrollar un apego saludable.

Cuando la madre está deprimida, puede:

- Mostrar menos contacto visual con el bebé.
- No responder de manera contingente a sus llantos o necesidades.
- Sentirse incapaz de jugar, acariciar o hablar con el bebé.
- Tener pensamientos intrusivos o ambivalentes hacia él.
- Realizar los cuidados físicos como una obligación más que con afecto.

Esto afecta directamente el desarrollo emocional y neurológico del infante, ya que el cerebro del bebé se moldea, en gran parte, a través del vínculo y las interacciones tempranas. Estudios en neurociencia afectiva muestran que los bebés de madres deprimidas pueden:

- Presentar retraso en la adquisición del lenguaje.
- Desarrollar inseguridad en el apego.

- Mostrar mayor irritabilidad, ansiedad o dependencia.
- Tener dificultades en la regulación emocional y el sueño.

Además, si el entorno familiar no suple la ausencia emocional de la madre, se incrementan los riesgos de desarrollo psicosocial problemático a mediano y largo plazo.

En contextos rurales, donde muchas veces no hay redes de apoyo sólidas, este impacto se agrava. La madre no solo sufre sola, sino que su bebé crece en un ambiente emocionalmente limitado, con consecuencias que pueden marcar toda su infancia.

1.7 Herramientas diagnósticas: Escala EPDS

Uno de los principales desafíos en la detección de la depresión postparto es que muchas mujeres no verbalizan lo que sienten, ya sea por desconocimiento, miedo al juicio o porque asumen que el sufrimiento emocional “es parte de ser madre”. Frente a esto, es clave contar con instrumentos validados, breves y culturalmente adaptables para identificar a tiempo los síntomas depresivos. La herramienta más utilizada a nivel global es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

¿Qué es la EPDS?

Desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, la EPDS es un instrumento de tamizaje diseñado específicamente para detectar síntomas de depresión postparto en mujeres durante el primer año tras el parto.

Se compone de 10 ítems, cada uno con 4 posibles respuestas que se puntúan del 0 al 3, lo que arroja un puntaje total entre 0 y 30. Cuanto mayor es el puntaje, mayor es la probabilidad de que la mujer esté atravesando un episodio depresivo.

Aspectos que evalúa:

1. Capacidad para disfrutar.
2. Capacidad para reírse.

3. Sentimiento de culpa.
4. Ansiedad o preocupación excesiva.
5. Miedo sin causa aparente.
6. Sobrecarga emocional.
7. Trastornos del sueño.
8. Tristeza o llanto.
9. Llanto frecuente.
10. Pensamientos de autolesión.

Interpretación del puntaje

- 0–9: sin riesgo aparente de depresión.
- 10–12: riesgo leve, requiere observación y seguimiento.
- 13–14: probable depresión moderada.
- 15 o más: indicativo de depresión severa; necesita derivación clínica inmediata.
- Ítem 10 > 0: si la mujer marca cualquier opción distinta de “nunca” en el ítem sobre pensamientos autolesivos, se considera situación de alto riesgo.

Ventajas

- Fácil de aplicar (10 minutos aprox.).
- Validada en múltiples países y lenguas.
- Alta sensibilidad y especificidad.
- Puede utilizarse en atención primaria, incluso por personal no especializado.
- Permite detectar casos invisibles a simple vista.

Limitaciones

- No sustituye el diagnóstico clínico profesional.
- Puede ser afectada por el contexto cultural y el nivel educativo.
- Requiere adaptación semántica y cultural en zonas rurales.

En el estudio aplicado en El Vergel, la EPDS fue adaptada con lenguaje claro y explicación oral, debido a la baja escolaridad de muchas participantes. Los resultados obtenidos fueron claves para identificar a las madres en situación crítica, como veremos en los capítulos de resultados.

1.8 Enfoques terapéuticos y modelos de intervención actuales

Una vez identificada la depresión postparto, se debe ofrecer a la mujer un tratamiento integral, empático y adaptado a su contexto. El abordaje debe ser multidisciplinario, combinando componentes clínicos, emocionales y sociales.

Terapias psicológicas

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): permite identificar pensamientos negativos automáticos y reemplazarlos por otros más realistas y funcionales. Es uno de los enfoques con mayor evidencia de eficacia.
- Terapia interpersonal: trabaja las relaciones interpersonales, los roles sociales y la adaptación al nuevo rol materno.
- Terapia de apoyo: ofrece un espacio de validación emocional, escucha activa y reducción del aislamiento.

Estas terapias pueden adaptarse a formato grupal o individual, y en algunos casos, se pueden implementar en espacios comunitarios.

Intervención farmacológica

Cuando los síntomas son severos o no responden a la psicoterapia, puede indicarse tratamiento con antidepresivos, bajo seguimiento psiquiátrico. Se eligen fármacos seguros para la lactancia (como

ciertos ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

La combinación de psicoterapia + medicación ha demostrado mayor eficacia que cualquiera de ellas por separado, especialmente en casos graves.

Intervenciones familiares y comunitarias

- Educación para la pareja y la familia.
- Espacios de diálogo comunitario sobre maternidad y salud emocional.
- Grupos de apoyo entre madres del sector.
- Actividades comunitarias que rompan el aislamiento social.
- Promoción de la corresponsabilidad en los cuidados.

En zonas rurales como El Vergel, la clave está en fortalecer las redes de apoyo, capacitar a agentes comunitarios y acercar la salud mental a las familias desde una lógica no medicalizada.

Cierre del capítulo

La depresión postparto es un fenómeno complejo y doloroso, pero prevenible y tratable. Comprender su origen multifactorial, sus síntomas, su impacto y sus formas de abordaje es el primer paso para romper el silencio que la rodea. La madre que sufre no necesita juicio ni presión, sino contención, escucha y ayuda real.

Por ello se considera necesario detallar las funciones del personal de enfermería en el área de la nutrición las cuales se presentan en la siguiente ilustración:

CAPÍTULO 2

***Trastornos del estado de ánimo en el
posparto: evolución histórica***

2.1 La mirada médica en el siglo XIX y XX

Durante el siglo XIX, el conocimiento médico occidental sobre la salud mental femenina estaba plagado de prejuicios patriarcales. Se hablaba de “histeria femenina” como una categoría general que reunía desde la tristeza posparto hasta el dolor menstrual, pasando por la rebeldía y el deseo sexual. A las mujeres con síntomas emocionales se las clasificaba como desequilibradas, influenciadas por los cambios uterinos o por su “debilidad moral”.

El modelo biomédico imperante invisibilizaba el contexto social, y cualquier sufrimiento materno era interpretado como una patología interna. Incluso se consideraba que la maternidad tenía un efecto “regulador” sobre la mente femenina, por lo que si una madre mostraba angustia o rechazo, se la percibía como “enferma”, “loca” o “no apta para la crianza”.

Ya en el siglo XX, algunos avances psiquiátricos permitieron diferenciar la tristeza posparto de cuadros más graves. Sin embargo, las intervenciones eran muchas veces institucionalizadas y punitivas, como el encierro en clínicas o el uso de tratamientos invasivos sin consentimiento.

2.2 Maternidad y locura: mitos históricos

La asociación entre maternidad y desequilibrio mental tiene raíces en mitos culturales que, a lo largo de los siglos, atribuyeron el sufrimiento materno al castigo divino, a la brujería o al descontrol hormonal. En muchas culturas antiguas, una mujer que lloraba después del parto era considerada poseída, impura o maldita.

Estos relatos se perpetuaron incluso en contextos médicos. Por ejemplo, se llegó a decir que una mujer con depresión postparto estaba “dominada por su útero” o que “no había sido hecha para ser madre”. Esta patologización del sufrimiento llevó a miles de mujeres a ser silenciadas, institucionalizadas o separadas de sus hijos sin mayor justificación.

Hasta mediados del siglo XX, los pocos estudios existentes eran elaborados por varones desde una perspectiva masculina,

sin incluir la voz ni la experiencia de las mujeres. La salud mental materna era un campo ignorado y estigmatizado.

2.3 El discurso patriarcal en la psiquiatría clásica

La psiquiatría tradicional reforzó el estereotipo de la mujer emocionalmente inestable. Figuras como Freud hablaron del “trauma del parto” como una experiencia psíquica inevitablemente conflictiva, pero sin ofrecer caminos de acompañamiento real.

En la década de 1950 y 1960, algunas mujeres con depresión postparto fueron diagnosticadas erróneamente con esquizofrenia o trastorno bipolar, cuando en realidad sufrían de una reacción emocional ante la sobrecarga, el aislamiento o la falta de apoyo.

La patologización sin análisis social fue la norma. Las mujeres eran tratadas como pacientes “difíciles” o “manipuladoras” cuando se atrevían a hablar de su tristeza, y los tratamientos se enfocaban en controlar síntomas más que en comprender sus causas.

2.4 Avances en la comprensión del posparto como etapa crítica

A partir de la década de 1970, con el auge de los estudios de género y la psicología comunitaria, comenzaron a surgir nuevas formas de pensar el posparto. Se reconoció que el nacimiento de un hijo no solo genera alegría, sino también duelo por la identidad previa, miedo, agotamiento, presión cultural y una profunda transformación del yo.

Estudios pioneros empezaron a señalar la importancia del contexto social, la historia personal y las redes de apoyo como factores protectores o de riesgo para la salud mental posparto.

Se amplió la mirada y se empezó a hablar de salud mental perinatal, incluyendo no solo la depresión, sino también la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de estrés postraumático del parto y la psicosis.

2.5 El reconocimiento de la depresión postparto en manuales clínicos

El reconocimiento oficial de la depresión postparto como una entidad clínica diferenciada llegó con la inclusión del especificador “con inicio en el posparto” en el DSM-IV (1994), y más tarde en el DSM-5 (2013). Esto significó un gran avance, ya que permitió:

- Dar visibilidad al fenómeno como real y clínicamente tratable.
- Elaborar protocolos de intervención específicos.
- Incorporar su diagnóstico en los sistemas de salud.
- Romper con la idea de que “ser madre es siempre felicidad”.

Paralelamente, la OMS incorporó el Trastorno depresivo postnatal (6A70.1) en la CIE-11, lo que abrió paso a programas de prevención y tamizaje en varios países.

2.6 Perspectivas contemporáneas: salud mental perinatal

En las últimas dos décadas ha emergido un enfoque integral conocido como salud mental perinatal, que abarca el estado emocional de la mujer desde el embarazo hasta el primer año después del parto. Este marco reconoce que la salud emocional no es un estado estático, sino un proceso dinámico que puede verse influenciado por múltiples factores a lo largo del ciclo materno.

La salud mental perinatal no se limita a la depresión postparto, sino que incluye:

- Trastornos de ansiedad prenatal y posparto
- Trastorno obsesivo compulsivo posparto
- Trastorno por estrés postraumático del parto (TEPT)
- Duelos perinatales (por pérdida gestacional o neonatal)
- Psicosis puerperal

Este enfoque permite una mirada más preventiva y comprensiva, donde el bienestar de la madre es valorado no solo como medio para cuidar al bebé, sino como un fin en sí mismo. Se promueve la detección temprana, el tamizaje emocional rutinario y el acompañamiento desde una perspectiva empática.

2.7 Cambios en el enfoque clínico-psicológico

La psicología contemporánea ha dejado atrás la visión individualista y culpabilizadora de la madre. En su lugar, se promueve una comprensión ecológica y contextualizada de la depresión postparto, que toma en cuenta:

- El sistema familiar y conyugal
- La historia de vida y los traumas previos
- La cultura, la clase social y el nivel educativo
- Las condiciones materiales del entorno
- La calidad del parto y el acompañamiento recibido

Además, se ha pasado de la patologización del síntoma a la escucha activa de su mensaje. Es decir, los síntomas no son vistos como errores que hay que eliminar, sino como señales legítimas de una necesidad no atendida, de un malestar que busca ser narrado.

Las nuevas terapias promueven la validación emocional, la reconexión con la identidad materna y el fortalecimiento de la red de apoyo.

2.8 Aportes del feminismo y la antropología médica

El pensamiento feminista ha sido crucial para visibilizar que la depresión postparto no es un problema individual de la mujer, sino un síntoma de un sistema que la sobrecarga, la juzga y la abandona emocionalmente.

Desde esta perspectiva, se cuestiona la idealización de la maternidad como etapa de plenitud obligatoria, y se reconoce

que:

- Las mujeres no están naturalmente preparadas para ser madres perfectas.
- La sociedad impone roles, expectativas y silencios que enferman.
- El dolor materno no es debilidad ni enfermedad, sino un llamado a transformar el sistema de cuidado.

Porsu parte, la antropología médica ha contribuido a comprender cómo las creencias culturales, los saberes populares y las prácticas comunitarias influyen en la forma en que las mujeres interpretan su sufrimiento. En muchas culturas rurales, por ejemplo, el llanto o la tristeza se interpretan como signos espirituales, castigos o “mal de ojo”, lo cual impacta en la forma de buscar (o no) ayuda médica.

Cierre del capítulo

La comprensión de la depresión postparto ha recorrido un largo camino: desde su invisibilización histórica, pasando por su patologización psiquiátrica, hasta el reconocimiento contemporáneo como una experiencia multifactorial, legítima y profundamente humana.

Hoy sabemos que no basta con diagnosticar: es necesario escuchar, acompañar y transformar los entornos que generan malestar. La salud mental materna es un espejo de la salud emocional de toda una comunidad.

CAPÍTULO 3

***La depresión postparto desde la psicología
y la neurociencia***

3.1 Explicaciones desde la neurobiología: neurotransmisores y hormonas

Desde una mirada neurobiológica, la depresión postparto está asociada a cambios drásticos en el equilibrio de neurotransmisores cerebrales, los cuales regulan el estado de ánimo, la motivación y la estabilidad emocional. Entre ellos destacan:

- Serotonina: conocida como la “hormona de la felicidad”, participa en la regulación del sueño, el apetito y el humor. Su disminución se relaciona con síntomas depresivos.
- Dopamina: vinculada al placer y la recompensa. Su alteración impacta en la capacidad de disfrutar (anhedonia).
- GABA (ácido gamma-aminobutírico): actúa como inhibidor del sistema nervioso. Una baja en su actividad se asocia con ansiedad.
- Cortisol: hormona del estrés que, si permanece elevada por mucho tiempo, afecta la regulación emocional.

Tras el parto, se produce una caída abrupta de estrógenos y progesterona, lo que puede generar un desbalance bioquímico que favorece la aparición de síntomas depresivos, especialmente en mujeres con vulnerabilidad previa o falta de descanso adecuado.

3.2 Cambios cerebrales asociados al posparto

Las investigaciones en neuroimagen han demostrado que el embarazo y el parto generan modificaciones estructurales en el cerebro materno. Algunas áreas que presentan cambios incluyen:

- Amígdala: implicada en el procesamiento emocional. Se vuelve más sensible, lo que intensifica las reacciones frente al llanto del bebé.
- Corteza prefrontal: relacionada con la toma de decisiones y el control emocional. Puede verse afectada por el cansancio y la sobrecarga.

- Hipocampo: ligado a la memoria y el aprendizaje. Algunas mujeres reportan dificultades para concentrarse o recordar.

Estos cambios no son negativos por sí mismos. De hecho, forman parte de la adaptación natural a la maternidad. Sin embargo, en situaciones de estrés crónico, aislamiento o trauma, estas transformaciones pueden volverse disfuncionales y dar lugar a trastornos del estado de ánimo.

3.3 El enfoque psicodinámico y conflictos emocionales

La psicología psicodinámica propone que el embarazo y el nacimiento de un hijo movilizan contenidos inconscientes vinculados a la historia personal de la madre: su infancia, su vínculo con su propia madre, sus heridas no resueltas y su identidad femenina.

La maternidad confronta a la mujer con ambivalencias profundas: amor y miedo, deseo y sacrificio, plenitud y pérdida. Cuando no hay espacio para procesar estos sentimientos, pueden emerger síntomas como:

- Culpa desproporcionada
- Sensación de vacío
- Tristeza sin causa aparente
- Idealización o rechazo del bebé
- Rechazo del propio cuerpo

Desde esta mirada, la depresión postparto no es solo una enfermedad, sino un mensaje del psiquismo que pide ser escuchado, entendido y resignificado.

3.4 Modelos conductuales y esquemas de pensamiento

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se entiende que las emociones están influenciadas por los pensamientos automáticos y las creencias centrales que la persona tiene sobre sí misma, el mundo y los demás.

En la depresión postparto, muchas mujeres desarrollan distorsiones cognitivas, como:

- “No soy una buena madre.”
- “Mi bebé estaría mejor con otra persona.”
- “Estoy fallando en todo.”
- “Soy una carga para mi familia.”

Estas creencias generan emociones de culpa, tristeza y desesperanza, que a su vez refuerzan los comportamientos de aislamiento y autoabandono.

La terapia cognitivo-conductual trabaja precisamente en identificar y reformular estos pensamientos, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo y recuperar la funcionalidad.

3.5 Vulnerabilidad cognitiva y distorsiones maternas

La depresión postparto se asocia frecuentemente con lo que se denomina vulnerabilidad cognitiva, es decir, una predisposición psicológica a interpretar las experiencias desde filtros negativos o autocríticos. Esta vulnerabilidad puede activarse ante eventos de alto impacto emocional como el nacimiento de un hijo, especialmente cuando la mujer:

- Tiene antecedentes de baja autoestima o inseguridad personal.
- Ha sido socializada bajo exigencias de perfección o sacrificio extremo.
- Cree que expresar malestar equivale a fallar como madre.

Surgen así distorsiones cognitivas específicas del rol materno, como:

- Generalización: “Nunca hago nada bien con mi bebé.”
- Catastrofismo: “Si llora, seguro es porque no me quiere.”

- Lectura de pensamiento: “Todos piensan que soy una madre terrible.”
- Deberías: “Debería estar feliz, debería disfrutar esto, debería poder con todo.”

Estas formas de pensamiento no solo deterioran el estado de ánimo, sino que impiden que la madre pida ayuda o se permita descansar, porque cree que hacerlo es un signo de fracaso.

3.6 Perspectiva de apego e historia personal de la madre

La teoría del apego, desarrollada por Bowlby y Ainsworth, sostiene que los vínculos tempranos con las figuras cuidadoras forman esquemas internos que guían nuestras relaciones futuras. En el caso de la maternidad, muchas mujeres reeditan —consciente o inconscientemente— su propio vínculo con su madre.

Algunas situaciones frecuentes incluyen:

- Madres que fueron criadas sin afecto pueden sentir miedo a repetir la historia.
- Mujeres que fueron sobreprotegidas pueden experimentar ansiedad extrema.
- Quienes sufrieron abandono o negligencia pueden tener dificultades para establecer apego.

El nacimiento de un hijo activa memorias emocionales profundas. Por eso, la calidad del apego previo y las experiencias emocionales infantiles son factores clave en la vulnerabilidad a la depresión postparto.

3.7 Procesamiento emocional y autorregulación en el posparto

Durante el posparto, las habilidades de autorregulación emocional se ven desafiadas por múltiples factores:

- Falta de sueño
- Cambios hormonales

- Cansancio físico
- Sobrecarga de estímulos

Cuando la madre no ha desarrollado recursos personales para gestionar emociones intensas, o no cuenta con apoyo externo, es más probable que sienta que “pierde el control” o que reaccione de forma desproporcionada.

Muchas mujeres expresan que se sienten “desbordadas”, “vacías” o “paralizadas”, lo que a menudo es malinterpretado como frialdad, negligencia o falta de interés. En realidad, se trata de síntomas de desregulación emocional severa, no de falta de amor.

3.8 El cerebro materno y la sensibilidad al entorno

Estudios recientes en neurociencia han identificado el fenómeno del “cerebro materno”, una reorganización funcional del sistema nervioso central que ocurre en el embarazo y el puerperio. Esta reorganización:

- Aumenta la empatía hacia el llanto del bebé.
- Mejora la capacidad de respuesta a señales no verbales.
- Incrementa la sensibilidad emocional y la memoria afectiva.

Este cerebro materno es una herramienta de supervivencia y vínculo, pero también puede volverse un factor de riesgo si el entorno es hostil, solitario o sobrecargado.

Cuando la madre se siente insegura, juzgada o sin ayuda, este mismo cerebro puede generar hiperalerta, ansiedad o bloqueo. De ahí la importancia de entornos emocionalmente seguros y contenedores durante el posparto.

Cierre del capítulo

Comprender la depresión postparto desde la psicología y la neurociencia permite dejar atrás los juicios y acercarnos a una visión más compasiva, integradora y basada en la evidencia.

La maternidad no es solo un acto biológico: es una experiencia emocional compleja que requiere acompañamiento, validación y comprensión.

El cerebro materno está preparado para amar y proteger, pero también necesita ser protegido.

CAPÍTULO 4

***Enfoques psicosociales y comunitarios
sobre la maternidad***

4.1 La maternidad como construcción cultural

A pesar de su base biológica, la maternidad no es una experiencia universal en su vivencia emocional. Cada cultura, sociedad e incluso comunidad define cómo debe sentirse y comportarse una madre. Por ello, la maternidad es, ante todo, una construcción social y simbólica.

En muchas culturas —incluyendo gran parte de América Latina— se exalta la figura de la madre abnegada, fuerte, siempre disponible, sacrificada y feliz. Esta visión romantizada impide que las mujeres puedan expresar malestar, duda o tristeza, sin sentirse culpables o inadecuadas.

Esta idealización no reconoce las tensiones internas ni las contradicciones que muchas madres experimentan. Como resultado, cuando la experiencia real no coincide con la expectativa social, surge un conflicto profundo que puede detonar síntomas depresivos.

4.2 Mandatos de género y expectativas sobre el rol materno

La maternidad está atravesada por mandatos de género que dictan cómo debe actuar una “buena madre”:

- Debe amar incondicionalmente desde el primer instante.
- Debe anteponer siempre a sus hijos, incluso sobre sí misma.
- No debe quejarse, ni cansarse, ni fallar.
- Debe disfrutar cada momento de la crianza.
- Si está triste, debe ocultarlo para no “afectar al bebé”.

Estos mandatos, lejos de acompañar, oprimen. Generan culpa, exigencia y autoexigencia desmedida. Muchas mujeres no sienten libertad para vivir la maternidad de forma genuina, con sus luces y sombras.

Esta presión es aún mayor en comunidades rurales donde los roles tradicionales de género siguen muy arraigados. En El Vergel,

muchas mujeres asumen que ser madre implica soportar en silencio, ser fuerte y no necesitar ayuda emocional.

4.3 Invisibilización del sufrimiento emocional en mujeres

Históricamente, el malestar emocional de las mujeres ha sido minimizado, silenciado o patologizado. Expresiones como “estás exagerando”, “eso les pasa a todas” o “deja de llorar y piensa en tu hijo” refuerzan una cultura que niega el derecho a sufrir y a pedir ayuda.

Durante el posparto, muchas madres experimentan emociones intensas, contradictorias o incluso negativas hacia su bebé o hacia sí mismas. Pero al no encontrar un espacio seguro donde expresarlas, optan por el silencio y el autoabandono.

La invisibilización no es solo familiar. En los servicios de salud, el malestar psíquico suele quedar fuera del control posnatal. Se mide el peso del bebé, se revisa la cesárea, se controla la lactancia... pero nadie pregunta cómo está emocionalmente la madre.

4.4 El impacto del entorno familiar y comunitario

El bienestar emocional materno no depende solo de su fortaleza interna, sino también del nivel de apoyo que recibe de su entorno. El sistema familiar puede ser un factor protector o un detonante del sufrimiento:

- Apoyo conyugal o de pareja: compartir responsabilidades, validar emociones, ofrecer descanso.
- Familia extensa: abuelas, tías o hermanas que acompañen sin juzgar.
- Vecinas o amigas cercanas: que escuchen y brinden contención.

En El Vergel, muchas madres jóvenes son criadas para cuidar, pero no han sido criadas con cuidados. Por eso, cuando llega su turno de ser madres, no tienen modelos positivos ni redes de apoyo consolidadas.

El aislamiento emocional, junto con la sobrecarga doméstica y la presión social, crea un terreno fértil para la aparición de síntomas depresivos.

4.5 Salud emocional y acceso a redes de apoyo

La salud emocional materna depende en gran medida de la existencia de redes de apoyo significativas, es decir, de personas o grupos con quienes la madre pueda:

- Compartir sus emociones sin ser juzgada.
- Recibir ayuda concreta en las tareas del cuidado.
- Descansar y delegar sin culpa.
- Sentirse contenida, comprendida y validada.

En contextos urbanos, estas redes suelen formarse con amigas, grupos de crianza, profesionales de salud mental o comunidades virtuales. Pero en entornos rurales como El Vergel, las mujeres muchas veces están solas emocionalmente, incluso si están rodeadas de personas.

El miedo al qué dirán, la vergüenza, la normalización del sufrimiento y el desconocimiento sobre la salud mental hacen que las redes de apoyo sean escasas, frágiles o inexistentes.

En este escenario, muchas madres callan, aguantan y cargan solas con una mochila emocional que las desborda.

4.6 Dimensión colectiva de la crianza: ¿utopía o necesidad?

En las culturas ancestrales y en muchas comunidades indígenas, la maternidad se vivía como una experiencia colectiva, donde el bebé era cuidado por toda la comunidad. La madre no estaba sola; había brazos, voces, consejos y presencia alrededor.

El sistema moderno, especialmente en las zonas empobrecidas, ha transformado la maternidad en una experiencia solitaria y agotadora, donde la mujer se convierte en cuidadora principal y única.

Recuperar la dimensión colectiva de la crianza no es una utopía romántica, sino una necesidad urgente de salud mental pública.

Crear espacios donde las madres puedan compartir, acompañarse y organizarse no solo previene la depresión, sino que revaloriza la maternidad como experiencia social y rompe con la lógica del sacrificio silencioso.

4.7 Implicaciones de la pobreza emocional en el puerperio

Cuando hablamos de pobreza, solemos referirnos a la falta de dinero o recursos materiales. Sin embargo, existe también una forma profunda y dolorosa de pobreza: la pobreza emocional.

Una madre puede tener techo, comida y atención médica básica, pero sentirse emocionalmente abandonada, no escuchada, no comprendida, no mirada.

La pobreza emocional implica:

- No tener con quién hablar de lo que duele.
- No poder llorar en paz sin miedo a ser juzgada.
- No contar con gestos de cuidado genuino hacia la madre, más allá del bebé.
- Vivir sin espacios de descanso emocional, afecto o ternura hacia ella.

Esta pobreza emocional es tan destructiva como la económica, y muchas veces es su consecuencia directa. Por eso, hablar de salud mental posparto sin considerar el entorno afectivo es hablar de forma incompleta.

4.8 La psicología comunitaria como estrategia de intervención

La psicología comunitaria ofrece herramientas fundamentales para abordar la salud mental materna en contextos rurales, porque:

- Parte de la realidad local, no impone modelos externos.
- Trabaja desde la participación activa de las mujeres.

- Busca fortalecer capacidades individuales y colectivas.
- Interviene en redes, no solo en individuos.
- Valida los saberes populares y los integra a la intervención.

En lugar de diagnosticar y medicar sin más, la psicología comunitaria pregunta:

“¿Qué te duele, qué te falta, qué necesitas para sentirte acompañada?”

Crear grupos de madres, formar promotoras comunitarias en salud emocional, facilitar encuentros de escucha y autoexpresión, y generar alianzas con el sistema de salud son caminos reales para prevenir y atender la depresión postparto desde un enfoque solidario, culturalmente pertinente y humano.

Cierre del capítulo

La depresión postparto no es solo una cuestión clínica: es un fenómeno social y relacional. Si queremos prevenirla y atenderla, debemos mirar más allá del diagnóstico y preguntarnos cómo construimos la maternidad, cómo acompañamos a las madres, y qué tipo de comunidad somos para ellas.

Una madre no necesita que la salven: necesita que la acompañen.

CAPÍTULO 5

***Mandatos culturales y representaciones
sociales sobre la maternidad***

5.1 Maternidad idealizada vs. maternidad real

La sociedad ha construido una imagen idealizada de la maternidad como sinónimo de plenitud, alegría incondicional y realización personal. La “buena madre” —según este imaginario— debe ser:

- Amorosa en todo momento
- Paciente y abnegada
- Fuerte, inquebrantable y disponible 24/7
- Feliz de manera natural, apenas nace su bebé

Pero esta visión no representa la experiencia real de miles de mujeres que, tras el parto, se sienten:

- Cansadas, tristes, confundidas
- Abrumadas por las demandas del cuidado
- Lejos de sentirse felices o plenas
- Culpables por no cumplir con la expectativa social

La distancia entre lo que se espera y lo que se vive genera una fractura emocional que puede convertirse en depresión.

5.2 Frases que perpetúan el silenciamiento emocional

Los mandatos culturales se transmiten de generación en generación a través de expresiones cotidianas que minimizan, invalidan o culpan a la mujer que sufre emocionalmente en el posparto.

Algunas frases comunes en entornos como El Vergel son:

- “¡Pero si tienes un bebé sano, deberías estar feliz!”
- “Eso le pasa a todas, aguanta nomás.”
- “No seas malagradecida con Dios.”
- “Estás muy llorona, seguro no querías ser madre.”

- “La maternidad no es para débiles.”

Estas frases refuerzan el mensaje de que el dolor debe ser escondido, que sentirse mal es ser “mala madre”, y que pedir ayuda es vergonzoso. Así, las madres interiorizan la culpa y el silencio como formas de supervivencia emocional.

5.3 El “deber ser” materno en contextos rurales

En las zonas rurales, el rol materno está aún más marcado por la tradición, la religión y la cultura del sacrificio. Una madre “de verdad” debe:

- Cuidar sola, sin quejarse.
- Agradecer la vida del bebé, aunque su cuerpo duela y su alma esté triste.
- Cumplir con los roles domésticos como si no hubiese parido.
- Mostrar gratitud y fe, aunque sienta angustia o vacío.

Este “deber ser” impide a muchas mujeres habitar su maternidad con autenticidad, es decir, permitirse momentos de duda, tristeza o contradicción sin sentirse fracasadas.

5.4 Carga mental femenina: maternidad, trabajo y hogar

La carga mental es el conjunto de tareas invisibles que las mujeres realizan para anticipar, organizar y ejecutar la vida cotidiana del hogar y del bebé. Incluye:

- Saber cuándo le toca la vacuna al bebé
- Recordar si hay pañales, leche o ropa limpia
- Organizar horarios, visitas médicas y comidas
- Cuidar que todo funcione sin que se note

En la maternidad, esta carga se multiplica. Y cuando no es compartida con la pareja ni reconocida por el entorno, se vuelve una fuente de agotamiento crónico que puede derivar en síntomas depresivos.

Las mujeres no solo cuidan: también piensan, planifican, contienen emocionalmente y sostienen.

5.5 Prácticas de control simbólico: culpa, juicio y silencio

El control sobre las mujeres madres no siempre se ejerce de forma explícita. Muchas veces se manifiesta en prácticas simbólicas que moldean su conducta desde la presión social. Estas prácticas operan mediante:

- La culpa: “Si te sientes mal, es porque no amas a tu bebé.”
- El juicio moral: “Esa madre es floja, quejona, no sirve.”
- El silencio impuesto: “De eso no se habla, ya se te va a pasar.”
- La comparación constante: “Mira que la vecina tiene tres hijos y no se queja.”

Estos mecanismos perpetúan un sistema donde la mujer calla su dolor para evitar ser juzgada, y en ese silencio, su salud emocional se deteriora cada día más.

5.6 Testimonios reales: voces de mujeres que no fueron escuchadas

Durante el trabajo de campo realizado en El Vergel, muchas madres compartieron frases que evidencian cómo el sufrimiento emocional fue ignorado, minimizado o negado por su entorno. Algunas expresaron:

“Lloraba sola en el baño para que nadie me viera.”

“Sentía que no quería a mi bebé... y me daba vergüenza decirlo.”

“Mi mamá me dijo que deje de hacerme la víctima.”

“Le dije al médico que no me sentía bien, y me respondió: eso es normal.”

Estos relatos muestran que no basta con que una mujer se atreva a hablar: necesita ser escuchada con respeto y sin juicio.

La ausencia de escucha válida puede ser más dolorosa que el síntoma mismo.

5.7 Estigmas asociados a pedir ayuda emocional

En muchas comunidades rurales, buscar ayuda psicológica sigue estando rodeado de estigmas y prejuicios como:

- “Solo los locos van al psicólogo.”
- “Eso es para gente que no tiene fe en Dios.”
- “Si estás triste, reza, no seas débil.”
- “Eso es para los ricos, nosotros aguantamos.”

Estos discursos desincentivan la búsqueda de apoyo profesional, haciendo que muchas madres lleguen a servicios de salud mental cuando ya están en una situación crítica.

La desinformación, la falta de servicios accesibles y el miedo al qué dirán son barreras reales que deben ser abordadas con campañas educativas, trabajo comunitario y promoción del derecho a la salud emocional.

5.8 Desmitificar la maternidad como forma de prevención

La prevención de la depresión postparto no comienza en el parto, sino mucho antes, desarmando los mitos y creencias que rodean la maternidad. Algunas acciones clave incluyen:

- Hablar abiertamente sobre las emociones en el embarazo.
- Validar que la tristeza, el miedo y el cansancio también son parte.
- Preparar a las mujeres para los cambios físicos y emocionales reales del posparto.
- Incluir a la familia y a la pareja en esta educación emocional.
- Difundir que ser madre no es sinónimo de sacrificio absoluto, y que pedir ayuda es un acto de amor propio.

Desmitificar no es quitarle valor a la maternidad, sino humanizarla. Solo cuando la experiencia materna deje de estar idealizada, será posible prevenir su cara más dolorosa: el sufrimiento emocional silenciado.

Cierre del capítulo

La depresión postparto no nace solo del cuerpo, sino del entorno simbólico que lo rodea. Los mandatos culturales, las frases heredadas, los silencios impuestos y las exigencias no dichas forman un caldo de cultivo que muchas mujeres no logran nombrar, pero que sienten profundamente.

Nombrar el malestar es el primer paso para transformarlo.

Y en esa transformación, la comunidad entera tiene un rol.

CAPÍTULO 6

***El estigma de la salud mental femenina en
zonas rurales***

6.1 ¿Qué es el estigma y cómo opera en la salud mental?

El estigma es un proceso social que desacredita, margina o desvaloriza a una persona por una característica considerada inaceptable o “anormal”. En el caso de la salud mental, el estigma implica:

- Culpar a la persona por su sufrimiento.
- Negar o minimizar su malestar.
- Atribuirle debilidad, flojera o exageración.
- Aislarla o tratarla con desconfianza.

Este proceso no es solo interpersonal, sino también institucional y cultural. En comunidades rurales, donde los lazos son estrechos pero también controladores, el estigma opera con más fuerza, porque la privacidad es escasa y la imagen pública es esencial.

En El Vergel, muchas mujeres evitaron hablar de su tristeza posparto por miedo a ser vistas como locas, malas madres o débiles. Este miedo las llevó a silenciarse incluso ante los profesionales de salud.

6.2 Estereotipos sobre las mujeres que “se quejan”

Una de las formas más comunes del estigma es la creación de estereotipos negativos sobre quienes expresan malestar emocional. En el caso de las mujeres, estos estereotipos suelen construirse desde el sexismo, el clasismo y el adultocentrismo.

Frases como:

- “Se hace la víctima para que la ayuden.”
- “Eso es puro drama de mujer malcriada.”
- “No sabe lo que es trabajar de verdad.”
- “Lo que necesita es una buena sacudida, no psicólogo.”

Este tipo de discursos reduce la experiencia de la mujer a un

capricho emocional, en lugar de reconocerla como un problema real de salud. El efecto es doblemente dañino: no solo se deslegitima el sufrimiento, sino que se la deja sin redes de apoyo posibles.

6.3 Miedo a ser juzgada o señalada por la comunidad

En comunidades pequeñas, donde todos se conocen y las noticias circulan rápidamente, el juicio social puede convertirse en una forma de vigilancia silenciosa pero constante.

Las madres que atraviesan síntomas depresivos suelen tener pensamientos como:

- “Si digo que me siento mal, van a decir que no quería a mi hijo.”
- “Si lloro, pensarán que soy débil.”
- “Si voy al médico, lo contarán en el barrio.”
- “Si me ven triste, dirán que estoy loca.”

Este miedo al juicio no es infundado. La falta de confidencialidad en los servicios, la escasa formación del personal de salud y la cultura del rumor refuerzan el aislamiento de la mujer.

Así, muchas se encierran en sí mismas, naturalizando su sufrimiento como un precio a pagar por ser madre.

6.4 Invisibilización institucional: el sistema de salud ante la depresión

El estigma no solo está en la comunidad, sino también en el propio sistema de salud. Muchas mujeres que buscaron atención médica por su malestar emocional recibieron respuestas como:

- “Eso es normal, ya se te va a pasar.”
- “¿No será que estás floja o aburrida?”
- “Estás muy sensible, eso es porque no te estás ocupando.”

Estas respuestas no solo son inapropiadas, sino también violentas, porque refuerzan la idea de que la madre es culpable de su

sufrimiento.

En zonas rurales, donde el acceso a especialistas es escaso y el enfoque sigue siendo biomédico y centrado en el bebé, la salud mental materna queda fuera del radar. El cuerpo se atiende, pero el alma se ignora.

6.5 La figura del psicólogo: mitos y barreras culturales

En sectores rurales como El Vergel, el rol del psicólogo aún está rodeado de desconocimiento, temor y prejuicios. Algunas ideas comunes que surgieron durante las entrevistas fueron:

- “Los que van al psicólogo es porque están locos.”
- “Eso es para gente de ciudad, no para nosotros.”
- “No quiero que piensen que estoy mal de la cabeza.”
- “El psicólogo es para los que no creen en Dios.”

Estas ideas generan resistencia a acudir a consulta, incluso cuando los síntomas son severos. Además, la falta de profesionales disponibles en el primer nivel de atención agrava el problema: la ayuda no llega, y si llega, no es comprendida ni aceptada.

Para muchas madres, ir al psicólogo representa una amenaza a su reputación social, lo que las obliga a elegir entre cuidarse emocionalmente o no ser juzgadas.

6.6 Consecuencias del estigma en la búsqueda de ayuda

El estigma no es solo un tema de percepción: tiene efectos reales y devastadores en la vida de las mujeres que sufren depresión postparto. Algunas consecuencias observadas en la investigación fueron:

- Demora en buscar atención profesional, incluso con síntomas graves.
- Autoabandono emocional: la mujer deja de priorizarse completamente.

- Aislamiento social y retraimiento.
- Culpabilidad persistente por sentirse mal.
- Incremento del riesgo de ideación suicida, por no encontrar una salida.

Lo más grave es que muchas mujeres dejan de confiar en sí mismas y en su derecho a sentirse acompañadas. Aprenden a callar, a simular, a resistir... hasta que colapsan.

6.7 Estrategias para romper el estigma desde la comunidad

Romper el estigma no se logra solo con campañas publicitarias. Se requiere un trabajo paciente, constante y adaptado a la realidad cultural. Algunas estrategias efectivas incluyen:

- Formar promotoras comunitarias en salud mental, que hablen el lenguaje local y generen confianza.
- Realizar charlas y talleres en los centros de salud y escuelas, explicando qué es la depresión postparto y cómo acompañar sin juzgar.
- Crear grupos de madres donde compartir experiencias sin miedo ni vergüenza.
- Incluir la salud emocional en los controles prenatales y posnatales.
- Visibilizar testimonios reales de mujeres que atravesaron el trastorno y se recuperaron.

Cuanto más se hable del tema en voz alta, menos espacio habrá para el miedo, el juicio o la ignorancia.

6.8 Educar para comprender: claves de intervención desde el territorio

La educación emocional y comunitaria es la herramienta más poderosa para prevenir el estigma. Pero no puede hacerse de cualquier forma: debe ser cercana, respetuosa y coherente con la vida de las mujeres rurales.

Algunas claves de una intervención efectiva son:

- Hablar desde la experiencia, no desde la superioridad profesional.
- Utilizar ejemplos cotidianos para explicar conceptos psicológicos.
- Respetar los saberes populares y dialogar con ellos.
- Capacitar al personal de salud para que escuche, no minimice.
- Incluir a la familia y a la pareja en las conversaciones sobre salud mental.

Cuando la comunidad entiende que estar triste no es pecado, ni locura, ni debilidad, entonces las madres podrán pedir ayuda sin miedo y ser recibidas con cuidado, no con juicio.

Cierre del capítulo

El estigma es una de las principales barreras para el bienestar emocional materno. No se ve, no se toca, pero actúa como un muro invisible que impide hablar, pedir ayuda y sanar. Derribarlo es una tarea colectiva: de las instituciones, de la comunidad, de las familias y también de quienes nos atrevemos a escuchar sin juzgar.

Hablar de salud mental materna es, también, hablar de justicia y dignidad.

CAPÍTULO 7

***Caracterización geográfica y demográfica
del recinto El Vergel***

7.1 Ubicación y contexto territorial

El Vergel es un recinto rural ubicado en la provincia de Manabí, perteneciente al cantón Manta, Ecuador. Forma parte de una región agrícola y ganadera, donde las dinámicas de vida giran en torno al trabajo del campo, el comercio local y la economía informal.

Su geografía es típica de la costa ecuatoriana: clima cálido, vegetación densa en invierno y caminos de tierra que, en época de lluvias, dificultan la movilidad. El acceso al recinto desde el centro urbano más cercano puede tomar entre 30 y 45 minutos, dependiendo del transporte y el estado de la vía.

A pesar de su cercanía con una ciudad de rápido crecimiento como Manta, El Vergel conserva características propias de un entorno rural marginado, con necesidades estructurales no resueltas.

7.2 Infraestructura básica: transporte, servicios y vivienda

El acceso al transporte público en El Vergel es limitado. No existen rutas urbanas regulares, por lo que las familias dependen de mototaxis o vehículos informales para movilizarse. Esta limitación afecta directamente la posibilidad de acudir a centros de salud o instituciones educativas de forma oportuna.

La infraestructura de servicios básicos presenta deficiencias notables:

- El sistema de agua potable es irregular y muchas familias aún dependen de pozos o tanques.
- El sistema de alcantarillado es inexistente o deficiente en algunas zonas del recinto.
- El acceso a internet es limitado, lo que dificulta procesos educativos o de salud digital.
- Las viviendas son, en su mayoría, construcciones de caña o bloques sin acabados, con hacinamiento visible en varias familias.

Estas condiciones afectan directamente el bienestar emocional de sus habitantes, especialmente de las mujeres que crían y cuidan en soledad, sin condiciones mínimas de comodidad ni higiene.

7.3 Dinámica poblacional y estructura familiar

La población del recinto está compuesta mayoritariamente por familias jóvenes, con una alta tasa de maternidad adolescente. Es común que las madres tengan su primer hijo antes de los 20 años, en un contexto de uniones tempranas, inestables o informales.

Las familias suelen ser extensas y convivir en núcleos intergeneracionales, donde abuelas, hijas y nietas comparten el mismo hogar. Sin embargo, la convivencia no siempre garantiza apoyo emocional, ya que muchas mujeres asumen el rol de cuidadoras sin recibir cuidado a cambio.

Además, se observa una fuerte presencia de jefas de hogar femeninas, producto del abandono conyugal o la migración masculina hacia zonas urbanas en busca de trabajo.

7.4 Actividades económicas predominantes

La economía de El Vergel gira en torno a:

- Agricultura de subsistencia (maíz, yuca, plátano).
- Cría de animales menores (gallinas, cerdos).
- Comercio informal: venta de alimentos preparados, tiendas comunitarias.
- Trabajo temporal en zonas urbanas cercanas.

Las mujeres suelen desempeñarse en actividades no remuneradas (domésticas y de cuidado), aunque muchas también generan ingresos a través de emprendimientos informales, como venta de ropa, alimentos o productos por catálogo.

El acceso al crédito es limitado, y las oportunidades de empleo formal son casi inexistentes para las mujeres jóvenes con hijos.

7.5 Escolaridad, ocupación y nivel educativo

El nivel educativo promedio de la población de El Vergel es bajo a medio, especialmente entre las mujeres jóvenes. Según los datos recopilados en el estudio, muchas madres adolescentes interrumpieron sus estudios al quedar embarazadas, mientras que otras no pudieron continuar por falta de recursos, apoyo familiar o por asumir responsabilidades domésticas desde temprana edad.

- Un porcentaje considerable apenas finalizó la educación básica.
- Una minoría logró culminar el bachillerato.
- La educación superior es casi inexistente entre las mujeres madres jóvenes del sector.

Este bajo nivel de instrucción limita el acceso a empleos formales, el conocimiento sobre derechos de salud, y la comprensión de conceptos vinculados a la salud mental, dificultando así el reconocimiento y tratamiento de la depresión postparto.

7.6 Acceso a salud y educación

El recinto cuenta con un subcentro de salud que atiende casos generales, pero no dispone de personal especializado en salud mental ni de psicólogos permanentes. Las consultas de control prenatal y posnatal se realizan de forma rápida, sin incluir evaluaciones emocionales ni espacios de escucha para las madres.

El sistema educativo local tiene limitaciones estructurales:

- Falta de docentes capacitados en educación emocional.
- Escasa oferta de servicios de apoyo psicológico escolar.
- Alta deserción escolar en mujeres que se convierten en madres.
- Baja participación familiar en los procesos escolares.

Todo esto configura un entorno institucional débil, que no responde a las necesidades integrales de las madres ni de sus hijos

7.7 Perfil general de las mujeres jóvenes del sector

Las mujeres jóvenes de El Vergel se caracterizan por:

- Ser madres a temprana edad (entre los 15 y 22 años).
- Vivir en condiciones de pobreza estructural.
- Tener pocas oportunidades de desarrollo personal o profesional.
- Cargar con tareas domésticas, cuidado infantil y, en algunos casos, actividades productivas informales.
- Experimentar altos niveles de estrés, falta de tiempo para sí mismas y escasas redes de contención emocional.
- Enfrentar discursos culturales que romantizan la maternidad y minimizan su malestar.

Este perfil no implica vulnerabilidad intrínseca, pero sí muestra una acumulación de factores de riesgo para la aparición de trastornos emocionales como la depresión postparto.

7.8 El entorno comunitario como factor protector o de riesgo

El entorno comunitario puede ser un espacio de apoyo o de presión, según cómo estén configuradas las relaciones, las normas y los valores que se transmiten.

En El Vergel se observan elementos mixtos:

Factores protectores:

- Cercanía entre vecinos.
- Tradición oral de ayuda mutua.
- Prácticas colectivas de crianza en ciertos hogares.

Factores de riesgo:

- Juicio social y control moral sobre las madres.

- Estigmas frente a la tristeza y la salud mental.
- Ausencia de espacios comunitarios de escucha emocional.
- Normalización del abandono paterno.

Por tanto, el entorno comunitario no es neutro: puede sostener a una madre o empujarla al aislamiento. De allí la importancia de intervenir con enfoque territorial, promoviendo vínculos solidarios, educación emocional y acompañamiento colectivo.

Cierre del capítulo

Comprender el territorio no es solo describirlo: es reconocer cómo el lugar moldea las experiencias humanas. En El Vergel, las mujeres no sufren porque algo esté mal dentro de ellas, sino porque enfrentan múltiples desafíos sin el apoyo suficiente para transitarlos con bienestar.

Toda intervención en salud mental debe partir del suelo que pisan esas madres.

Solo así será pertinente, humana y transformadora.

CAPÍTULO 8

***Perfil de vida y condiciones
socioeconómicas de las madres jóvenes***

8.1 Edad del primer embarazo y nivel educativo

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la alta prevalencia de embarazos en adolescentes y jóvenes, muchas de las cuales se convirtieron en madres antes de cumplir los 18 años. Esta realidad responde a una combinación de factores como:

- Falta de educación sexual integral
- Pobre acceso a métodos anticonceptivos
- Uniones tempranas o relaciones de poder desiguales
- Presión cultural para “formar familia” desde jóvenes

El nivel educativo de estas madres es, en su mayoría, incompleto. Muchas no lograron terminar el bachillerato y pocas han accedido a formación técnica o superior. Esto no solo limita sus oportunidades laborales, sino que reduce sus herramientas para identificar y expresar malestar emocional, haciendo más difícil detectar o prevenir la depresión postparto.

8.2 Situaciones de pareja: unión libre, abandono, violencia

La realidad vincular de estas mujeres se caracteriza por:

- Uniones libres no formalizadas
- Relaciones inestables o breves
- Desaparición o abandono por parte del padre del bebé
- En algunos casos, violencia psicológica o física durante el embarazo y el puerperio

Muchas madres jóvenes crían solas o con poco apoyo del progenitor, lo que incrementa su sobrecarga física y emocional. El abandono genera sentimientos de inutilidad, tristeza profunda, resentimiento y angustia que, si no se atienden, pueden consolidarse en un trastorno depresivo.

8.3 Embarazos no planificados y maternidad temprana

Más del 70% de los embarazos reportados por las participantes fueron no planificados. Esto significa que la maternidad no fue una elección consciente ni deseada, sino una consecuencia de circunstancias adversas, desinformación o imposición cultural.

Este tipo de maternidad temprana y no planificada suele venir acompañado de:

- Duelo por la adolescencia perdida
- Interrupción de estudios o proyectos personales
- Culpa, miedo y falta de preparación emocional
- Sensación de aislamiento frente a otras jóvenes sin hijos

La imposición de un rol materno para el que no estaban listas impacta directamente en su autoestima, autopercepción y salud mental.

8.4 Nivel de ingresos y dependencia económica

El estudio reveló que la mayoría de las madres jóvenes no tienen ingresos propios o dependen económicamente de sus padres, suegros o de alguna ayuda eventual del padre del bebé.

En otros casos, generan ingresos informales a través de:

- Venta de comida o ropa
- Manicure, peluquería u oficios ocasionales
- Ayuda en pequeñas tiendas familiares

Esta inestabilidad económica no solo genera estrés, sino que aumenta la sensación de inutilidad o fracaso, especialmente en contextos donde la independencia se asocia al valor personal. La maternidad sin autonomía financiera suele vivirse con mucha ansiedad, temor al futuro y frustración.

8.5 Red de apoyo real vs. ideal

Aunque muchas madres viven con su familia extensa, eso no garantiza que reciban apoyo emocional o práctico. Hay una gran diferencia entre la red de apoyo “real” —la que está disponible, escucha, acompaña— y la red de apoyo “ideal” —la que se espera que exista pero no aparece.

Durante las entrevistas, muchas madres expresaron que:

- Sus familiares criticaban más de lo que ayudaban.
- Sentían que debían demostrar fuerza para no ser vistas como débiles.
- No podían llorar, descansar o expresarse libremente sin ser juzgadas.
- El apoyo que recibían se limitaba a “cosas básicas” (ropa, comida), pero no a un cuidado emocional real.

Esta brecha entre la necesidad de contención y la realidad vivida profundiza el sentimiento de soledad emocional, uno de los indicadores clave de riesgo para la depresión postparto.

8.6 Doble carga: madre, hija, cuidadora y trabajadora

Las madres jóvenes no solo crían a sus hijos: también siguen siendo hijas de familias que muchas veces esperan que colaboren con el cuidado del hogar, trabajen en el campo o aporten al sustento.

Esta doble o triple carga genera:

- Agotamiento físico extremo
- Falta de tiempo personal
- Dificultades para establecer rutinas saludables con sus hijos
- Sensación de ser “invisible” o “poco valorada”

Al no ser reconocidas como sujetas de derecho ni como

cuidadoras en formación, sino como “una carga más”, muchas madres desarrollan síntomas de tristeza, irritabilidad, ansiedad y desesperanza.

8.7 Interrupción de proyectos personales por maternidad

Uno de los aspectos más dolorosos que emergió en los testimonios fue la sensación de que la maternidad truncó sueños o proyectos personales. Algunas frases que lo evidencian fueron:

“Yo quería estudiar enfermería, pero con el bebé ya no se puede.”

“Antes me gustaba salir a cantar... ahora ya ni me peino.”

“Siento que mi vida se quedó en pausa y no sé si algún día podré retomarla.”

La maternidad temprana en contextos de pobreza y aislamiento no solo impacta emocionalmente, sino que marca un quiebre en la biografía de muchas mujeres, que se ven obligadas a posponer (o abandonar) sus deseos personales sin un horizonte claro de recuperación.

8.8 Las madres invisibles: cuando el entorno no escucha

En El Vergel, como en muchas comunidades rurales, el foco está casi exclusivamente en el bebé: si come, si crece, si duerme. Pero... ¿quién mira a la madre?

Muchas mujeres reportaron sentirse:

- Desatendidas emocionalmente por su entorno
- Ignoradas en los controles médicos, donde todo gira en torno al niño
- Juzgadas cuando mostraban tristeza o cansancio
- Obligadas a callar, porque “lo importante es que el niño esté bien”

Esta invisibilización es una forma sutil pero profunda de

violencia emocional. Cuando una madre no es vista, escuchada ni acompañada, su mundo se va apagando poco a poco, y el riesgo de desarrollar depresión postparto aumenta.

Cierre del capítulo

Las madres jóvenes de El Vergel no solo enfrentan una maternidad temprana, sino una maternidad en condiciones de desigualdad estructural: pobreza, abandono, sobrecarga, silencio, frustración. Pero pese a todo, resisten, crían, luchan y siguen adelante.

Escuchar sus historias no es un acto de compasión: es un acto de justicia.

Y reconocer lo que cargan es el primer paso para construir entornos más justos, humanos y emocionalmente sostenibles.

CAPÍTULO 9

***Creencias tradicionales sobre el puerperio y
el cuidado materno***

9.1 El resguardo: mitos, rituales y consecuencias

En El Vergel, como en muchas comunidades rurales de América Latina, persiste la práctica del “resguardo”: un conjunto de normas culturales que rigen la conducta de la madre durante las primeras semanas o meses después del parto. Estas normas incluyen:

- No salir de casa durante 40 días.
- No recibir visitas fuera del círculo íntimo.
- No exponerse al viento ni al sol.
- No bañarse con agua fría.
- No llorar para que no “se seque la leche”.
- No cargar objetos pesados ni tener relaciones sexuales.

Aunque muchas de estas recomendaciones tienen sentido desde una perspectiva de cuidado físico, el problema aparece cuando estas prácticas se imponen sin espacio de elección ni comprensión emocional. El resguardo se convierte, entonces, en una forma de encierro, silencio forzado o soledad extrema.

9.2 Mal de ojo, susto y otras explicaciones populares

Otra creencia extendida es la atribución de malestares físicos o emocionales al mal de ojo, el susto o las energías negativas. Así, cuando una madre muestra síntomas de tristeza, agotamiento o irritabilidad, en lugar de reconocerlos como parte de un cuadro depresivo, se dice:

- “Alguien le hizo mal de ojo.”
- “Se asustó en el parto.”
- “No se curó bien con la dieta.”
- “Le pegaron el espíritu de otro niño que murió.”

Estas explicaciones no deben ser juzgadas desde la lógica científica, sino comprendidas como formas culturales de dar sentido al dolor. Sin embargo, pueden retrasar la búsqueda de

atención profesional, ya que muchas mujeres acuden primero a curanderas o parteras que no siempre derivan al sistema de salud.

9.3 Creencias sobre el llanto y la tristeza posparto

En varias entrevistas, se encontró que el llanto de la madre es malinterpretado o censurado. Algunas frases comunes fueron:

- “No llores, que te vas a enfermar.”
- “No dejes que el niño te vea llorar, se te va a pegar la tristeza.”
- “Si lloras mucho, se te va la leche.”
- “No estés triste, que le pasas eso al niño.”

Estas ideas generan un mandato de contención emocional forzada: la madre debe estar bien por obligación, aunque por dentro se esté desmoronando. Así, el llanto —que podría ser una forma de liberar tensión— se convierte en algo prohibido, y la tristeza, en una amenaza para el bebé.

9.4 Refranes y expresiones que perpetúan el silencio

La sabiduría popular también transmite creencias a través de refranes que, aunque parecen inofensivos, refuerzan estereotipos y mandatos que invalidan el sufrimiento emocional materno. Algunos ejemplos escuchados en el trabajo de campo fueron:

- “Madre que llora, leche amarga da.”
- “La buena madre se aguanta en silencio.”
- “Dios te da lo que puedes cargar.”
- “El hijo es alegría, no tristeza.”
- “Pariste, ahora te aguantas.”

Estas frases actúan como instrumentos de control simbólico, culpando a la mujer por sentirse mal y exigiéndole una fortaleza que muchas veces no tiene ni puede sostener sola.

9.5 Interpretación religiosa del sufrimiento emocional

En muchas comunidades rurales, el dolor emocional se interpreta desde una perspectiva religiosa, lo que puede ofrecer consuelo, pero también reforzar la idea de que el sufrimiento es inevitable, natural o incluso necesario para “ganarse el cielo”.

Frases como:

- “Dios te mandó esa prueba porque sabe que eres fuerte.”
- “No te quejes, hay otras que están peor.”
- “La Virgen también sufrió al ver a su hijo.”
- “Agradece que tu hijo nació sano, eso es lo importante.”

Este tipo de discursos puede consolar momentáneamente, pero también invisibiliza el dolor emocional legítimo, llevándolo al terreno de lo espiritual, donde se espera que la mujer resista con fe en lugar de buscar ayuda terapéutica.

El problema no está en la religiosidad, sino en cómo se usa para normalizar el sufrimiento y silenciar la angustia.

9.6 El rol de las abuelas y parteras

Las abuelas y parteras tradicionales tienen un peso simbólico importante en la crianza de los recién nacidos y en el cuidado del puerperio. En El Vergel, muchas mujeres siguen confiando en los saberes transmitidos de generación en generación.

Por un lado, su presencia puede ser protectora, ofreciendo consejos, cuidados y contención práctica. Pero, por otro lado, pueden también imponer normas rígidas y discursos conservadores sobre cómo debe comportarse una “buena madre”.

Algunas madres jóvenes manifestaron sentirse presionadas por comentarios como:

- “Tú no sabes nada, así no se cuida un bebé.”
- “Yo tuve cinco hijos sin llorar.”

- “A tu edad yo ya tenía dos y ni me quejaba.”

Es decir, la sabiduría intergeneracional puede ser un puente o una barrera, dependiendo de si hay escucha, validación y apertura al cambio.

9.7 La carga simbólica del cuerpo materno

En muchas culturas tradicionales, el cuerpo de la mujer durante el posparto es visto como un cuerpo “sensible”, “abierto” o “impuro” que debe ser protegido. Se cree que:

- Puede “absorber energías” si sale antes de tiempo.
- Es vulnerable al viento, al agua fría o a las malas miradas.
- Necesita “cerrarse” mediante rituales, bebidas o baños.

Estas creencias tienen una base ancestral que busca proteger la salud, pero al mismo tiempo refuerzan la idea de que el cuerpo materno no le pertenece a la mujer, sino a la familia, al bebé, al esposo o a la comunidad.

La mujer se convierte en un “vehículo de vida”, pero su propia vivencia corporal queda relegada. Esto dificulta la reconexión con su identidad, su deseo y su bienestar integral.

9.8 Diálogo entre saberes populares y ciencia médica

El desafío no es erradicar las creencias tradicionales, sino crear un diálogo respetuoso entre los saberes populares y los conocimientos médicos y psicológicos.

Negar las creencias culturales solo genera rechazo. Pero integrarlas críticamente, acompañarlas con evidencia científica y abrir espacios de reflexión puede resultar más transformador que imponer un modelo externo.

Algunas estrategias posibles son:

- Trabajar con parteras y líderes comunitarias en talleres conjuntos.

- Incluir prácticas locales en los programas de salud, siempre que no vulneren derechos.
- Reconocer la riqueza cultural sin romantizarla ni negar sus efectos.
- Capacitar al personal de salud en interculturalidad y escucha activa.

Solo desde ese puente entre saberes podremos avanzar hacia una salud mental materna integral, empática y culturalmente pertinente.

Cierre del capítulo

Las creencias tradicionales no son solo folklore: son estructuras simbólicas que definen cómo las mujeres viven, interpretan y callan su dolor. Honrar la cultura no significa perpetuar el silencio. Escuchar los saberes de las madres —desde la ciencia y desde sus raíces— es el verdadero acto de cuidado.

CAPÍTULO 10

***Sistema de salud en El Vergel: brechas y
desafíos en salud mental perinatal***

10.1 Características del subcentro de salud local

El recinto El Vergel cuenta con un subcentro de salud tipo A, cuya atención está centrada en servicios básicos: vacunación, control prenatal, control del niño sano, consulta médica general y entrega de medicación básica. Sin embargo, el sistema no cuenta con personal especializado en salud mental de manera permanente, y mucho menos con profesionales enfocados en salud mental perinatal.

Los horarios son limitados, el personal es escaso y, en muchos casos, las consultas duran pocos minutos, centradas en lo físico y lo urgente. Esto genera una atención médica centrada en el “hacer rápido”, sin espacio para la escucha ni el acompañamiento emocional.

10.2 Atención centrada en el bebé: la madre, fuera del foco

Uno de los hallazgos más repetidos en las entrevistas con las madres fue la sensación de haber sido invisibles durante el control posnatal. La mayoría reportó que:

- Se pesó al bebé, se revisó la lactancia y se registró su crecimiento.
- Pero nadie preguntó cómo se sentían emocionalmente.
- Ninguna fue evaluada con herramientas como la EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo).
- En caso de llanto o tristeza, les dijeron: “Eso es normal”.

El sistema de salud —en la práctica— sostiene una lógica maternalista despersonalizada, donde la mujer es un medio para el nacimiento, pero no una persona con derechos, emociones o necesidades psicológicas.

10.3 Falta de protocolos específicos para la salud mental materna

Actualmente, en el nivel primario de atención en zonas rurales como El Vergel:

- No existe un protocolo sistemático de tamizaje emocional en el posparto.
- El personal de salud no recibe formación en detección de síntomas afectivos.
- Las guías del Ministerio de Salud Pública no se aplican de forma operativa ni uniforme.
- Las referencias a psicología o psiquiatría son escasas, y cuando existen, requieren traslado a centros urbanos, lo cual es costoso y poco viable.

En suma, el sistema de salud reproduce el abandono emocional institucionalizado hacia las madres, especialmente hacia las más jóvenes, rurales y pobres.

10.4 Relato de las usuarias: experiencias y desencantos

Algunas frases reales recogidas en las entrevistas realizadas a madres del sector ilustran con crudeza el vacío de atención:

“Fui al centro de salud porque me sentía mal y me dijeron que eso era por no dormir.”

“Le dije al doctor que no tenía ganas de nada, y me recetó paracetamol.”

“Me dijeron que eso es cosa de mujeres que no se adaptan.”

“Quise hablar, pero sentí que me iban a juzgar... mejor me quedé callada.”

Estas vivencias reflejan una realidad institucional que revictimiza a la mujer, le resta legitimidad a su sufrimiento y pierde la oportunidad de intervenir a tiempo.

10.5 Capacitación del personal de salud en salud emocional

Uno de los factores clave que limita una atención adecuada a la salud mental perinatal es la falta de formación específica del personal de salud. Muchos médicos generales, obstetras y enfermeros:

- No han recibido capacitación en detección temprana de trastornos afectivos posparto.
- No conocen herramientas como la Escala EPDS o no saben aplicarlas correctamente.
- Desconocen el abordaje empático y sin estigma frente al llanto, la ansiedad o el desánimo de una madre.
- Reproducen creencias como: “eso se pasa con el tiempo”, “es normal” o “es parte del cambio hormonal”.

Esta carencia formativa genera un entorno institucional que no valida el sufrimiento emocional, lo cual desincentiva la búsqueda de ayuda y profundiza la soledad de las mujeres.

10.6 Mecanismos de derivación: barreras estructurales

Cuando un profesional logra detectar síntomas depresivos o de ansiedad, el siguiente paso debería ser referir a un nivel de atención especializado. Sin embargo, en El Vergel, esta ruta se ve bloqueada por múltiples barreras:

- No hay psicólogos o psiquiatras en el subcentro de salud.
- Las derivaciones requieren traslados hacia zonas urbanas (Manta o Portoviejo).
- El transporte es costoso y escaso.
- Las mujeres no siempre tienen permiso familiar o medios para acudir solas.
- La espera para una consulta especializada puede demorar semanas o meses.

Este sistema ineficiente hace que muchas mujeres abandonen el proceso, quedando a la deriva, sin diagnóstico ni tratamiento.

10.7 Oportunidades perdidas en el control posnatal

El control posnatal es una ventana crítica para detectar y prevenir la depresión postparto, pero lamentablemente:

- Se centra exclusivamente en el bebé.
- Dura pocos minutos.
- No incluye evaluación emocional de la madre.
- No se pregunta por el sueño, la alimentación, el estado de ánimo o los pensamientos intrusivos.
- No se ofrece un espacio seguro para hablar.

Cada control posnatal sin preguntas ni escucha activa es una oportunidad perdida para salvar una vida, restaurar un vínculo y prevenir un sufrimiento evitable.

10.8 Propuestas para una atención perinatal integral

Basados en la realidad local de El Vergel, proponemos algunas acciones concretas y factibles:

- Implementar la EPDS como instrumento obligatorio en el control posnatal.
- Capacitar al personal de salud en salud mental materna, con enfoque intercultural.
- Crear alianzas con psicólogos comunitarios que visiten el recinto una vez por semana.
- Establecer un sistema de referencia prioritario para madres con síntomas severos.
- Desarrollar materiales educativos simples y accesibles para que las mujeres reconozcan los signos de alerta.
- Incluir al entorno familiar en la educación emocional durante el embarazo.
- Fomentar espacios de escucha grupal o círculos de madres, como parte de los programas de promoción.

Una atención integral no se logra solo con más recursos, sino con una mirada más humana, consciente y comprometida.

Cierre del capítulo

El sistema de salud, tal como está diseñado, no alcanza a abrazar a las madres que sufren. Las ve, pero no las escucha. Las atiende, pero no las acompaña. Cambiar esta lógica requiere voluntad política, pero también valentía profesional y empatía institucional.

La salud mental materna es parte del derecho a una maternidad digna. No puede seguir siendo una deuda del sistema.

CAPÍTULO 11

Metodología de la investigación y diseño del estudio

11.1 Enfoque y tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto con predominio cualitativo, lo que permitió recoger tanto datos estadísticos como voces y experiencias subjetivas de las madres jóvenes del recinto El Vergel.

Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal, orientado a:

- Identificar síntomas frecuentes de depresión postparto.
- Explorar factores socioculturales asociados al malestar emocional.
- Visibilizar las condiciones de vida y maternidad en una comunidad rural.

La combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas favoreció una comprensión más integral, sensible y contextual del fenómeno investigado.

11.2 Población y muestra

La población objetivo estuvo compuesta por mujeres jóvenes en etapa posparto (hasta un año posterior al nacimiento de su hijo), residentes en el recinto El Vergel.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de entre 15 y 25 años.
- Haber tenido un parto en los últimos 12 meses.
- Vivir en El Vergel o sectores colindantes.
- Acceder voluntariamente a participar en el estudio.

□ Tamaño de muestra:

Se trabajó con una muestra no probabilística intencionada de 63 madres, seleccionadas mediante visitas domiciliarias y acompañamiento comunitario. Se priorizó la diversidad de condiciones (edad, estado civil, escolaridad, situación de pareja)

para obtener una visión amplia.

11.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicaron diversas herramientas de investigación, cuidadosamente adaptadas al contexto rural:

a) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):

- Instrumento estandarizado y validado internacionalmente.
- Permite identificar síntomas afectivos asociados al puerperio.
- Fue aplicado mediante entrevista oral en casos de baja escolaridad.
- Se aseguraron condiciones de privacidad y acompañamiento emocional durante su aplicación.

b) Ficha socioeconómica estructurada:

- Recopiló datos sobre edad, nivel educativo, estado civil, ingresos, red de apoyo, etc.
- Permitió caracterizar el perfil de las participantes y detectar factores de riesgo.

c) Entrevistas semiestructuradas:

- Realizadas a 15 madres seleccionadas.
- Permitieron explorar experiencias subjetivas, vivencias del puerperio, creencias y emociones.
- Las entrevistas fueron grabadas (con consentimiento) y luego transcritas y analizadas.

11.4 Consideraciones éticas

Se siguieron los principios de la ética en investigación con seres humanos, especialmente en contextos vulnerables:

- Se obtuvo el consentimiento informado verbal o por escrito, según el caso.

- Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes.
- Se ofreció orientación psicológica inmediata en los casos donde se detectaron síntomas severos.
- Se validaron las entrevistas y encuestas en lenguaje sencillo y respetuoso.

La investigación fue concebida no solo como un ejercicio académico, sino como un acto de escucha transformadora, donde cada madre fue reconocida como sujeto de derechos, no como objeto de estudio.

11.5 Técnicas de análisis de datos

Dado el carácter mixto del estudio, se emplearon dos tipos de análisis complementarios:

a) Análisis cuantitativo:

- Los resultados obtenidos a través de la Escala EPDS y la ficha socioeconómica fueron tabulados en Microsoft Excel y analizados mediante estadísticas descriptivas simples: frecuencias, porcentajes y relaciones cruzadas.
- Se elaboraron gráficos de barras y tablas comparativas que permitieron visualizar los síntomas más frecuentes y su relación con variables como edad, duración del puerperio, escolaridad y situación de pareja.
- Estos datos proporcionaron evidencia empírica concreta sobre la magnitud del problema en la población estudiada.

b) Análisis cualitativo:

- Las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas y codificadas temáticamente.
- Se identificaron categorías emergentes, tales como: culpa materna, idealización de la maternidad, abandono emocional, mandato de fortaleza, silenciamiento, y estigma.

- El análisis se realizó con enfoque hermenéutico, respetando el sentido de las narrativas y reconociendo la experiencia emocional como fuente válida de conocimiento.

Ambos enfoques se entrelazaron para construir una comprensión compleja, situada y profundamente humana de la depresión postparto en contextos rurales.

11.6 Validación y confiabilidad

Para garantizar la rigurosidad del estudio, se aplicaron las siguientes estrategias:

- Prueba piloto de los instrumentos en una comunidad vecina para ajustar el lenguaje y el formato.
- Triangulación de datos entre los resultados cuantitativos, las entrevistas y la observación directa.
- Revisión entre pares: dos investigadoras cruzaron sus análisis cualitativos para asegurar consistencia semántica y conceptual.
- Evaluación por parte de un comité académico externo del enfoque metodológico y ético del estudio.

Estas medidas fortalecieron la validez interna del estudio y permitieron interpretar los hallazgos con mayor confianza.

11.7 Limitaciones del estudio

Como toda investigación en campo, especialmente en zonas rurales y con poblaciones vulnerables, se enfrentaron algunas limitaciones:

- El número de participantes no permite una generalización estadística, aunque sí ofrece evidencia sólida contextual.
- Algunas madres omitieron respuestas sensibles por vergüenza, miedo al juicio o creencias personales.
- Las dificultades de acceso geográfico y climático restringieron la cobertura territorial total del recinto.

- La falta de profesionales en salud mental en el sector impidió una derivación inmediata y permanente en los casos más graves.

A pesar de ello, se logró recolectar una muestra representativa y un corpus significativo de experiencias reales.

11.8 Pertinencia del enfoque territorial y humanizado

El gran valor de esta investigación radica en haber sido diseñada y ejecutada desde el territorio, con las personas y no sobre ellas.

- No se trató de aplicar teorías externas, sino de escuchar el sufrimiento desde su raíz comunitaria.
- Se priorizó el lenguaje sencillo, cercano y respetuoso.
- Cada madre fue vista como una protagonista, no como una paciente.
- Se buscó romper la lógica extractivista de la academia para construir conocimiento con sentido social.

Este enfoque territorial y humanizado no solo permitió comprender la depresión postparto en su complejidad, sino que abrió caminos reales de transformación, escucha y acompañamiento colectivo.

Cierre del capítulo

La metodología no fue un trámite técnico, sino una herramienta ética y política al servicio de quienes más lo necesitan. En El Vergel, cada dato tiene rostro, cada número tiene historia, cada hallazgo tiene nombre.

Y desde ahí —desde lo profundo y lo real— se escribió este estudio.

CAPÍTULO 12

***Resultados: sintomatología, factores
asociados y datos empíricos***

12.1 Resultados generales del tamizaje EPDS

La aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a 63 madres jóvenes del recinto El Vergel reveló una realidad preocupante: una alta incidencia de síntomas emocionales moderados a severos relacionados con la depresión postparto.

□ Clasificación según puntuación EPDS:

Rango EPDS	Clasificación clínica	N° de madres	Porcentaje (%)
0–9	Sin riesgo clínico aparente	18	28.6%
10–12	Riesgo leve (observación)	15	23.8%
13–14	Depresión moderada	14	22.2%
≥15	Depresión severa (alerta)	16	25.4%
Total		63	100%

□ Conclusión preliminar: Más del 47% de las madres evaluadas presentó puntuaciones compatibles con depresión moderada o severa, y otro 23.8% se encontraba en zona de riesgo leve.

12.2 Síntomas clínicos más frecuentes en madres con depresión postparto (EPDS)

A continuación, se presenta una tabla detallada con los síntomas más frecuentes reportados en los ítems específicos de la escala EPDS:

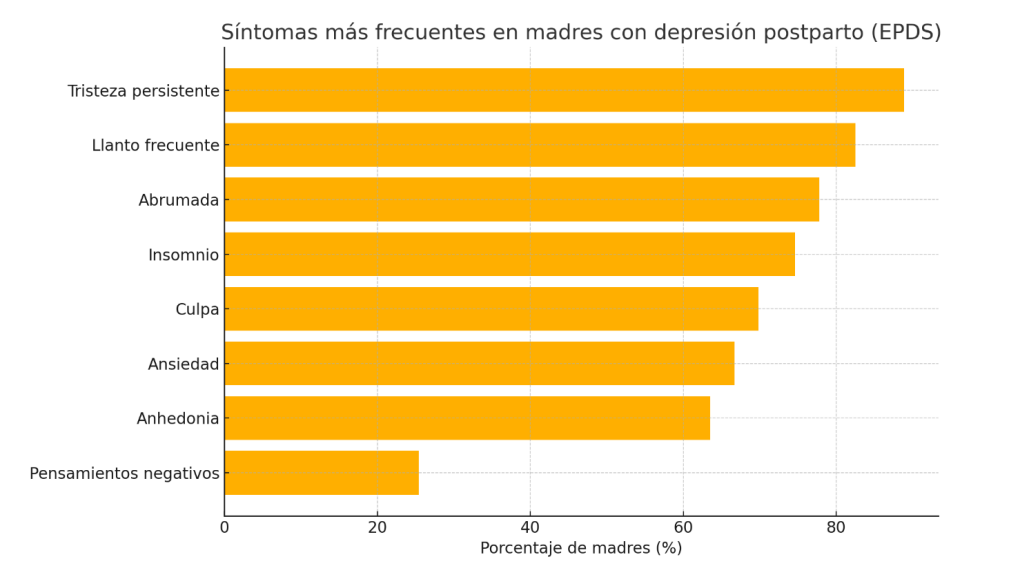
Ítem EPDS (Síntoma Evaluado)	N° de madres con puntuación alta	Porcentaje (%)
Me he sentido triste o infeliz la mayor parte del tiempo	56	88.9%
He llorado sin saber por qué	52	82.5%
Me he sentido abrumada o sin control de la situación	49	77.8%
Me cuesta dormir, incluso cuando mi bebé está dormido	47	74.6%
He tenido sentimientos de culpa o de fracaso como madre	44	69.8%
Me siento ansiosa o nerviosa sin motivo aparente	42	66.7%

Ítem EPDS (Síntoma Evaluado)	N° de madres con puntuación alta	Porcentaje (%)
Me resulta difícil disfrutar las cosas como antes	40	63.5%
He tenido pensamientos negativos acerca de hacerme daño	16	25.4%

Interpretación clínica:

Los síntomas más prevalentes fueron la tristeza persistente, el llanto inexplicable, el sentimiento de sobrecarga emocional y el insomnio, lo cual se alinea con los perfiles clínicos típicos de la depresión postparto.

12.3 Gráfico: Síntomas más frecuentes en madres con depresión postparto



Se construyó el siguiente gráfico para visualizar mejor la frecuencia de síntomas reportados:

Nota: Este gráfico será incluido en la versión diagramada del libro como parte de los anexos visuales, ilustrando visualmente los resultados clínicos del estudio.Principio del formulario

12.4 Relación entre duración del puerperio y severidad clínica

Uno de los objetivos del estudio fue analizar cómo influye el tiempo transcurrido desde el parto en la intensidad de los síntomas depresivos. Para ello, se categorizaron a las madres en tres grupos según el tiempo de puerperio al momento de la evaluación:

- ≤ 3 meses posparto
- 4 a 6 meses posparto
- > 6 meses posparto

Y se comparó la distribución de la severidad clínica (leve, moderada, severa) según estos rangos. Los resultados se presentan en la siguiente tabla:

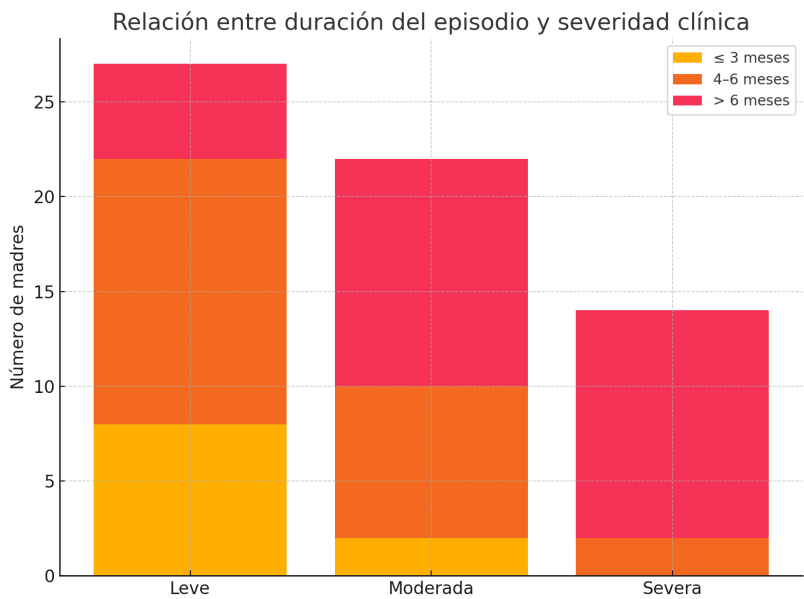
Severidad Clínica	≤ 3 meses	4–6 meses	> 6 meses
Leve	8	14	5
Moderada	2	8	12
Severa	0	2	12

Interpretación:

- La mayoría de los casos severos (12) se encuentran en el grupo de más de 6 meses posparto, lo que sugiere que la depresión postparto puede mantenerse o intensificarse con el tiempo si no es tratada.
- Los casos leves predominan en las madres con menos de 6 meses, lo que indica una ventana de oportunidad para la intervención temprana.

12.5 Gráfico: Relación entre duración del episodio y severidad clínica

El siguiente gráfico visualiza los datos anteriores para facilitar su interpretación:



Relación entre duración del episodio y severidad clínica

Este gráfico también se integrará en los anexos visuales del libro, reforzando la idea de que la depresión postparto no es transitoria ni autolimitada en todos los casos, y que el tiempo sin intervención puede agravar el cuadro clínico.

12.6 Factores sociales asociados a mayor riesgo emocional

Durante el análisis de la ficha socioeconómica y las entrevistas cualitativas, se identificaron varios factores sociales estrechamente vinculados al riesgo de depresión postparto en las madres jóvenes de El Vergel. A continuación, se detallan los más significativos:

a) Abandono de la pareja

Más del 50% de las madres con síntomas moderados o severos no contaban con apoyo activo del padre del bebé. En muchos casos, la pareja:

- Se alejó emocional o físicamente tras el parto.
- Negó la paternidad.
- Dejó de aportar económicamente.
- Ejerció violencia psicológica o verbal.

El abandono genera sobrecarga, tristeza, rabia y frustración, que, al no poder expresarse libremente, se convierten en síntomas depresivos.

b) Bajo nivel educativo

Se encontró una fuerte correlación entre nivel educativo incompleto (educación básica o primaria) y mayores puntuaciones en la escala EPDS. Las mujeres con menor instrucción:

- Tienen menos herramientas para identificar y comprender sus emociones.
- Enfrentan mayores obstáculos para pedir ayuda.
- Son más vulnerables a discursos que naturalizan el sufrimiento.

Este dato refuerza la necesidad de una educación emocional y de salud mental adaptada al nivel de instrucción local.

c) Madres adolescentes (15–17 años)

El grupo de madres más jóvenes presentó síntomas más intensos y con mayor frecuencia. Esto se explica por:

- Pérdida abrupta de la adolescencia.
- Falta de experiencia vital para afrontar el rol materno.
- Dependencia emocional y económica.
- Aislamiento de su grupo etario.

Este hallazgo confirma que la edad es un factor de riesgo importante, especialmente cuando no hay red de apoyo sólida ni acompañamiento adecuado.

d) Ausencia de red de apoyo emocional

Las madres que manifestaron no tener con quién hablar o sentirse acompañadas emocionalmente obtuvieron puntuaciones más altas en la EPDS. La soledad no es solo física: muchas mujeres viven acompañadas, pero emocionalmente invisibilizadas.

“Estoy rodeada, pero nadie me pregunta cómo estoy yo.”

La falta de espacios seguros para expresarse profundiza el dolor y alarga los síntomas, incluso cuando otras condiciones materiales están cubiertas.

12.7 Hallazgos cualitativos relevantes de las entrevistas

Además de los datos numéricos, las entrevistas semiestructuradas realizadas a 15 madres jóvenes permitieron profundizar en el sentido humano del sufrimiento posparto. A través de sus palabras, emergieron temas transversales de gran valor clínico y social:

☐ Silencio impuesto por la cultura:

“Yo no podía decir que me sentía mal... tenía que sonreír, aunque no podía con nada.”

☐ Culpa como emoción dominante:

“Pensaba que era mala madre por no querer jugar con mi bebé.”

☐ Sensación de abandono emocional:

“Después del parto nadie me preguntaba cómo estaba yo... solo si el niño comía o dormía.”

☐ Duelo por la adolescencia perdida:

“Siento que dejé de ser yo, me convertí solo en mamá... y no sé si algún día voy a volver.”

☐ Falta de espacio para hablar sin juicio:

“Hasta mi propia mamá me decía que no llorara tanto, que eso

era de débiles."

Estos testimonios no solo ilustran el dolor, sino que ponen voz a una generación de madres invisibilizadas, cuya salud mental sigue siendo postergada.

12.8 Análisis cruzado: edad, escolaridad y síntomas emocionales

Para comprender mejor los factores de riesgo, se realizó un cruce de variables sociodemográficas con los niveles de severidad en la EPDS. Los hallazgos más significativos fueron:

Variable	Mayor incidencia de síntomas severos
Edad 15–17 años	62.5% con EPDS > 14
Escolaridad primaria	58.3% con EPDS > 13
Sin pareja estable	61.1% con síntomas moderados/severos
Puerperio > 6 meses	75% con síntomas severos
Sin red de apoyo	66.7% con ansiedad y anhedonia

Interpretación:

Los factores edad temprana, baja escolaridad, aislamiento y abandono de pareja aumentan de forma significativa el riesgo de desarrollar una depresión postparto persistente y no tratada.

12.9 Conclusiones estadísticas del capítulo

Los datos recolectados permiten establecer las siguientes conclusiones clave:

- Más del 70% de las madres evaluadas presentó algún nivel de riesgo emocional.
- El 25.4% de ellas se encontraba en situación clínica de alerta (depresión severa).
- El riesgo aumenta con el tiempo, si no hay intervención temprana.
- Los factores sociales, más que los biológicos, son determinantes en la aparición del malestar.
- La validación emocional y el acceso a una red de apoyo

reducen significativamente los síntomas.

Cierre del capítulo

Los resultados no son solo cifras: son espejos de una realidad callada y postergada. Cada tabla y gráfico contiene el grito silencioso de mujeres que cuidan mientras son

CAPÍTULO 13

Discusión de los resultados y contraste con estudios previos

13.1 Comparación de resultados con la literatura nacional e internacional

Los hallazgos obtenidos en El Vergel presentan altos niveles de coincidencia con investigaciones previas realizadas en contextos similares, tanto a nivel nacional como internacional.

Por ejemplo:

- Un estudio de Rivera et al. (2021) en zonas rurales de la sierra ecuatoriana encontró un 48% de prevalencia de síntomas depresivos moderados o severos en madres jóvenes, cifra similar al 47.6% obtenido en esta investigación.
- En Perú, un informe de la Universidad Cayetano Heredia reportó que el 52% de las mujeres en etapa posparto presentaban síntomas depresivos, particularmente en zonas rurales sin atención psicológica primaria.
- Según la OMS (2022), la prevalencia global de depresión postparto ronda el 13-20%, pero en contextos de pobreza y exclusión social puede duplicarse o triplicarse, tal como se evidencia en El Vergel.

Conclusión parcial: El problema no es un caso aislado ni puntual, sino parte de una tendencia estructural que afecta a madres pobres, jóvenes y solas en Latinoamérica.

13.2 El rol de la pobreza emocional como categoría emergente

Uno de los aportes originales de este estudio es la visibilización de la pobreza emocional como factor clave de la depresión postparto. Este concepto no aparece con fuerza en muchas investigaciones tradicionales, pero en El Vergel fue central.

Las madres no solo carecen de ingresos, vivienda digna o empleo; también carecen de:

- Un lugar donde hablar sin miedo.
- Alguien que escuche sin juzgar.

- Momentos para sí mismas.
- Apoyo para llorar, descansar, equivocarse.
- Espacios para existir más allá de la maternidad.

Esta pobreza emocional no se cura con dinero ni medicinas, sino con presencia, comunidad, cuidado y políticas afectivas.

13.3 La brecha entre diagnóstico clínico y realidad cultural

Otro hallazgo importante es la desconexión entre el modelo biomédico del sistema de salud y las formas locales de interpretar el malestar. En El Vergel, la tristeza, el cansancio o la desesperanza no siempre se entienden como enfermedad:

- Muchas madres atribuían sus síntomas al “susto”, el “mal de ojo” o la “fuerza de la luna”.
- Otras pensaban que llorar era pecado o señal de debilidad.
- Algunas creían que “todas las madres pasan por eso” y que no había de qué hablar.

Este choque entre lenguajes genera subregistro, falta de tratamiento y abandono institucional.

Propuesta clave: Diseñar estrategias de salud mental que integren saberes locales, respeten las creencias y dialoguen con la cultura.

13.4 Visibilización de las madres invisibles

Quizá la aportación más potente del estudio es que les pone nombre, rostro y voz a las madres invisibles: aquellas que cuidan en silencio, que sufren sin palabras, que aman desde el cansancio, que necesitan ser vistas.

Estas mujeres no aparecían en estadísticas ni en agendas públicas. Pero hoy, gracias a esta investigación, emergen como protagonistas de una historia que necesita justicia emocional.

13.5 El tiempo como agravante no atendido

Uno de los resultados más alarmantes del estudio fue la constatación de que los síntomas depresivos se intensifican con el paso de los meses cuando no existe intervención ni contención emocional. Lejos de disminuir con el tiempo, como a menudo se asume culturalmente ("ya se te pasará"), el malestar:

- Se cronifica.
- Se normaliza en el entorno.
- Aumenta el riesgo de conductas autolesivas o de abandono emocional del bebé.
- Desgasta física y mentalmente a la madre.

Conclusión crítica: El tiempo no cura si no hay acompañamiento. Y en contextos rurales, el tiempo suele ser un agravante, no un sanador.

13.6 Impacto comunitario del malestar materno

Aunque el diagnóstico de depresión postparto se realiza a nivel individual, sus consecuencias son profundamente comunitarias y multigeneracionales:

- Afecta la vinculación madre-bebé, con secuelas en el desarrollo emocional del niño.
- Deteriora la dinámica familiar, generando tensiones, reproches o desconexión.
- Refuerza ciclos de silencio transgeneracional sobre el sufrimiento femenino.
- Limita la participación comunitaria activa de las mujeres.
- Reproduce entornos donde cuidar a la madre sigue sin ser prioridad.

Reflexión clave: La depresión postparto no es solo un problema clínico, es un problema social. Su abordaje debe trascender el

consultorio y tocar las fibras de la comunidad.

13.7 Necesidad de enfoques interdisciplinarios e interseccionales

La complejidad de la depresión postparto en contextos como El Vergel exige miradas integrales. No basta con psicólogos o médicos: se requiere un trabajo conjunto entre:

- Profesionales de salud mental
- Educadores comunitarios
- Parteras tradicionales
- Trabajadores sociales
- Líderes barriales
- Promotoras de salud

Y, además, se necesita aplicar un enfoque interseccional, que reconozca cómo se entrecruzan factores como:

- Ser mujer
- Ser pobre
- Ser madre joven
- Ser rural
- Ser invisibilizada

Propuesta clave: Pasar de una visión médica a una intervención comunitaria, culturalmente sensible y feminista.

13.8 Aportes del estudio para futuras investigaciones y políticas públicas

Este estudio aporta una base sólida, territorial y vivencial que puede servir como insumo para:

- Diseñar políticas públicas en salud mental perinatal con enfoque rural.
- Promover la inclusión de la EPDS en controles posnatales de

primer nivel.

- Implementar programas de escucha y acompañamiento en centros comunitarios.
- Formar redes de apoyo materno entre pares.
- Desarrollar más investigaciones con enfoque cualitativo en contextos empobrecidos.

Llamado final: La maternidad en silencio no puede seguir siendo norma. Es hora de nombrar el sufrimiento, proteger la ternura y legislar con empatía.

Cierre del capítulo

La discusión no pretende cerrar el tema, sino abrirlo con más fuerza. Porque detrás de cada dato hay una historia, detrás de cada gráfica, una lágrima, y detrás de cada silencio, una mujer que necesita ser abrazada —por su comunidad, por el sistema, por la ciencia y por la vida.

Este estudio es una puerta abierta hacia la transformación emocional y social del posparto.

CAPÍTULO 14

***Propuesta de intervención comunitaria para
madres en riesgo emocional***

14.1 Justificación de la propuesta

La alta prevalencia de síntomas depresivos en madres jóvenes del recinto El Vergel, sumada a la falta de atención emocional desde el sistema de salud, evidencia la necesidad de una intervención inmediata, sostenible y culturalmente pertinente.

La propuesta no parte de cero, sino de los hallazgos obtenidos en este estudio: madres que piden ser escuchadas, que se sienten solas, juzgadas, agotadas, y que anhelan un espacio donde no ser solo cuidadoras, sino también cuidadas.

14.2 Objetivo general

Diseñar una estrategia comunitaria de acompañamiento psicoemocional dirigida a madres en etapa posparto del recinto El Vergel, con énfasis en prevención, escucha activa y fortalecimiento de redes de apoyo.

14.3 Objetivos específicos

1. Crear espacios seguros de expresión emocional para madres jóvenes.
2. Capacitar a promotoras comunitarias en salud mental materna.
3. Implementar un sistema de detección temprana utilizando la escala EPDS.
4. Articular la propuesta con el subcentro de salud y actores locales.
5. Fortalecer las redes de apoyo familiares y comunitarias en torno al cuidado materno.

14.4 Componentes de la propuesta

La intervención se estructura en cuatro componentes articulados, diseñados para ser aplicables con recursos locales y alta participación comunitaria:

A. Círculos de escucha materna

- Grupos quincenales de 6 a 10 madres que se reúnen en espacios comunitarios.
- Facilitados por una promotora comunitaria entrenada y una técnica de apoyo (enfermera, trabajadora social o psicóloga itinerante).
- Dinámicas de conversación guiada, ejercicios de relajación, actividades artísticas, cocina compartida, etc.
- Enfoque en validación emocional, autocuidado, reconocimiento del malestar y construcción colectiva de soluciones.

Frase central del círculo: "Aquí puedes llorar, hablar y descansar."

B. Formación de promotoras comunitarias en salud emocional materna

- Selección de 5 a 10 mujeres líderes, parteras o madres con experiencia.
- Formación básica en:
 - o Primeros auxilios emocionales
 - o Uso de la escala EPDS
 - o Escucha activa y confidencialidad
 - o Redes de derivación
- Las promotoras actuarán como puentes entre las madres y el sistema de salud, detectando casos, acompañando emocionalmente y promoviendo el cuidado mutuo.

Rol clave: mujeres que cuidan a otras mujeres desde su propia experiencia.

C. Talleres educativos con enfoque de salud mental comunitaria

- Temáticas:

- o ¿Qué es la depresión postparto?
- o Mitos y verdades sobre la maternidad
- o Estrategias de autocuidado diario
- o Cómo acompañar sin juzgar
- o Derechos de las madres a ser cuidadas
- Dirigidos a madres, parejas, familias y personal del subcentro de salud.
- Facilitados por profesionales invitados o actores locales con formación previa.

Meta: cambiar el imaginario comunitario sobre la salud emocional posparto.

14.5 Sistema de tamizaje y derivación emocional en el subcentro de salud

Uno de los pilares fundamentales de esta propuesta es integrar la salud mental materna en la atención primaria, especialmente durante los controles posnatales.

Acciones sugeridas:

- Aplicar la Escala EPDS de manera sistemática a todas las madres que acudan al subcentro de salud en los tres primeros meses posparto.
- Capacitar al personal (enfermeras, médicos generales) en la lectura y respuesta empática a los resultados de la escala.
- Establecer un protocolo de referencia directa a círculos de escucha o atención especializada (si existiera un caso de riesgo severo).
 - Utilizar fichas comunitarias para dar seguimiento domiciliario a madres detectadas con síntomas leves o moderados.

Meta: transformar el control posnatal en un espacio de cuidado

emocional, no solo físico.

14.6 Cronograma sugerido de implementación

Etapas	Actividades clave	Tiempo estimado
1. Diagnóstico comunitario	Reuniones con líderes, mapeo de madres, selección de promotoras	1 mes
2. Formación inicial	Capacitación de promotoras, validación de materiales	1 mes
3. Activación del programa	Inicio de círculos de escucha y talleres comunitarios	3 meses
4. Evaluación inicial	Aplicación de EPDS y entrevistas para medir impacto emocional	1 mes
5. Ajustes y proyección	Retroalimentación, ajustes metodológicos, sostenibilidad	Permanente

14.7 Indicadores de evaluación de impacto

Indicadores cualitativos:

- Testimonios de madres participantes sobre su estado emocional.
- Cambios percibidos en autoestima, descanso, expresión emocional.
- Participación activa en los círculos y talleres.

Indicadores cuantitativos:

- Número de madres tamizadas con EPDS.
- Disminución de puntuaciones EPDS entre pre y post intervención.
- Cantidad de promotoras activas formadas.
- Asistencia sostenida a grupos de escucha.
- Casos derivados con seguimiento exitoso.

La evaluación no solo debe medir datos: debe también capturar transformaciones invisibles, como la confianza, la contención o la esperanza recuperada.

14.8 Sostenibilidad y proyección territorial

Para que esta propuesta no sea un proyecto puntual, sino un modelo replicable y sostenible, se sugiere:

- Vincular el programa a proyectos de vinculación universitaria o de instituciones de salud.
- Involucrar a las propias madres como multiplicadoras del modelo.
- Buscar alianzas con ONGs, fundaciones o programas de bienestar familiar.
- Gestionar la inclusión de la EPDS y círculos de escucha como parte del plan de atención materna del Ministerio de Salud.
- Replicar la estrategia en otros recintos rurales con realidades similares.

Cierre del capítulo

Esta propuesta no pretende cambiarlo todo de golpe. Pero sí propone algo radical: escuchar a las madres, confiar en ellas y cuidar su alma tanto como a sus hijos. Porque una maternidad cuidada es una maternidad poderosa, y una comunidad que cuida a sus madres, es una comunidad que se cuida a sí misma.

Transformar la salud emocional posparto en El Vergel no es solo posible. Es urgente. Final del formulario

CAPÍTULO 15

***Conclusiones generales del estudio y
recomendaciones finales***

15.1 Conclusiones generales del estudio

Después de un proceso riguroso de investigación, escucha, análisis y reflexión en el recinto El Vergel, se pueden establecer las siguientes conclusiones clave:

□ 1. La depresión postparto es una realidad presente, frecuente y silenciosa.

Más del 70% de las madres jóvenes evaluadas presentaron algún nivel de sintomatología depresiva, y el 25.4% estaba en una condición clínica severa. Esto confirma que el posparto no es solo un evento físico, sino una experiencia emocional que puede tornarse riesgosa cuando no se acompaña adecuadamente.

□ 2. El sufrimiento materno está profundamente condicionado por lo social.

La edad, la pobreza, el abandono, la baja escolaridad, la sobrecarga, el aislamiento y los mandatos culturales actúan como detonantes o perpetuadores del malestar emocional. La depresión postparto en contextos rurales no puede analizarse sin considerar estos factores estructurales.

□ 3. El sistema de salud no está respondiendo al malestar emocional materno.

Pese a que las madres asisten a controles posnatales, su salud mental no es evaluada ni atendida. No existen protocolos claros, herramientas de detección ni personal capacitado en salud emocional posparto. Esto genera oportunidades perdidas de prevención.

□ 4. Las creencias culturales pueden proteger o silenciar.

El estudio evidenció que las creencias tradicionales en torno al puerperio, el llanto, la fe, la figura de la madre “ideal” o la interpretación espiritual del sufrimiento pueden favorecer la contención en algunos casos, pero también reforzar el silencio, la culpa y la negación.

- 5. Las madres jóvenes quieren y necesitan espacios de acompañamiento.

Durante el trabajo de campo, muchas mujeres expresaron deseos profundos de ser escuchadas sin juicio, de compartir con otras madres, de hablar, llorar y descansar. Esta necesidad afectiva, hoy desatendida, puede ser el punto de partida para una transformación real.

15.2 Recomendaciones generales

1. Incorporar la salud mental materna al primer nivel de atención.

La Escala EPDS debe aplicarse de forma sistemática en todos los controles posnatales en zonas rurales. El personal debe ser capacitado para reconocer síntomas emocionales y activar rutas de acompañamiento.

2. Promover estrategias comunitarias de escucha y cuidado materno.

Los círculos de madres, las promotoras comunitarias y los espacios de autocuidado pueden ser herramientas efectivas, económicas y culturalmente viables para prevenir y atender la depresión postparto.

3. Incluir la dimensión emocional en la educación prenatal.

Las madres no deben ser preparadas solo para parir, sino para sostenerse emocionalmente durante el posparto. Esto incluye educación sobre emociones, autocuidado y redes de apoyo.

4. Desarrollar campañas que desmitifiquen la maternidad idealizada.

Es urgente desmontar los discursos que exigen perfección, abnegación y felicidad constante a las madres. Mostrar que sentirse triste también es parte del puerperio puede salvar vidas.

5. Replicar esta investigación en otras comunidades rurales.

El modelo aplicado en El Vergel puede adaptarse a otros

contextos similares, ayudando a visibilizar y transformar el sufrimiento emocional de miles de madres que hoy siguen callando.

Mensaje final

Este libro no busca dar respuestas definitivas, sino abrir caminos de humanidad. Porque cuando una madre es escuchada, todo su entorno se transforma. Y cuando una comunidad cuida a sus madres, está sembrando el amor más potente: el que nace del respeto, la ternura y la dignidad.

Acompañar la maternidad no es un lujo. Es un acto de justicia.

CAPÍTULO 16

***Recomendaciones específicas para
instituciones, familias y comunidades***

16.1 Para el sistema de salud

- ☐ Capacitación obligatoria al personal de salud en temas de salud mental perinatal, con enfoque intercultural y comunitario.
- ☐ Inclusión de la EPDS como herramienta oficial en el control posnatal, con protocolo claro de actuación.
- ☐ Garantizar presencia periódica de psicólogos o trabajadores sociales en zonas rurales.
- ☐ Generar campañas informativas sobre el derecho a la salud emocional de las madres.
- ☐ Diseñar fichas clínicas que incluyan el estado de ánimo materno, no solo el crecimiento del bebé.
- ☐ El centro de salud debe dejar de ser un lugar que ve cuerpos, para convertirse en un espacio que escucha historias.

16.2 Para el sistema educativo

- ☐ Incluir contenidos de educación emocional y de género en el currículo desde edades tempranas.
- ☐ Fortalecer la educación sexual integral, con enfoque en prevención de embarazos no planificados.
- ☐ Crear programas de acompañamiento escolar para madres adolescentes, evitando su deserción.
- ☐ Involucrar a docentes y orientadores en la detección de señales emocionales en niñas y jóvenes embarazadas.
- ☐ Generar alianzas con instituciones de salud para derivación oportuna.
- ☐ La escuela puede ser el primer espacio de prevención, si educa para sentir, no solo para repetir.

16.3 Para los gobiernos locales y autoridades comunitarias

- ☐ Promover ordenanzas que incluyan la salud mental materna en la agenda de salud pública rural.

- ☐ Financiar o facilitar el uso de espacios comunitarios para círculos de escucha.
- ☐ Articular políticas de desarrollo social, salud y género con enfoque territorial.
- ☐ Incluir la voz de las madres rurales en los planes de desarrollo local.
- ☐ Crear campañas locales que desestigmaticen la depresión postparto.

Gobernar con ternura también es invertir en el alma de las madres.

16.4 Para las familias

- ☐ Escuchar sin juzgar. Acompañar sin invadir. Estar sin imponer.
- ☐ Evitar frases como: “Eso se te va a pasar”, “Otras lo han hecho mejor”, “No te quejes tanto”.
- ☐ Entender que el cansancio, el llanto o la tristeza no hacen a una madre menos valiosa.
- ☐ Compartir las tareas del hogar y el cuidado del bebé: la corresponsabilidad también previene la depresión.
- ☐ Acompañar a las madres a sus controles, preguntarles cómo se sienten, permitirles descansar.

Una madre no necesita ser perfecta, necesita ser sostenida.

16.5 Para la comunidad en general

- ☐ Romper el silencio alrededor del malestar emocional posparto.
- ☐ Crear redes de cuidado entre vecinas, comadres y líderes barriales.
- ☐ Validar los saberes populares, pero también abrir espacio al conocimiento psicológico y clínico.
- ☐ Apoyar iniciativas comunitarias que promuevan el bienestar

materno.

- Participar en talleres, charlas o campañas de sensibilización.

Una comunidad sana no es la que no tiene dolor, sino la que sabe cómo acompañarlo.

Cierre del capítulo

Estas recomendaciones son semillas. Algunas ya están en tierra; otras necesitan agua, tiempo y voluntad para florecer. Pero todas apuntan al mismo horizonte: una sociedad más humana, donde ser madre no implique dejar de ser persona.

Porque cuando cuidamos a quien cuida, construimos futuro.

CAPÍTULO 17

***Testimonios de las madres y relatos del
silencio***

17.1 “Lloraba en silencio cuando todos dormían”

□ Rosa, 19 años, madre primeriza

“Cuando mi bebé nació, todos venían a verlo. Le traían regalos, le tomaban fotos, lo cargaban.

A mí solo me decían: ‘Qué linda estás, ya pasará el cansancio’.

Pero yo no dormía.

Lloraba en silencio cuando todos dormían.

Sentía que algo dentro de mí estaba roto.

Me daba miedo decirlo... por si pensaban que no quería a mi hijo.

Un día me encerré en el baño y me quedé allí casi una hora. No lloré. Solo me senté en el piso.

No quería hacerme daño. Solo quería desaparecer un ratito.”

17.2 “Yo no sabía que eso tenía nombre”

□ Lina, 17 años, madre soltera

“Tuve a mi bebé a los 16. Mi mamá me ayudó con las cosas, pero no hablábamos.

Me sentía mal. Como vacía. No quería salir. No quería ver a nadie.

Pensaba que era flojera. Que era yo. Que estaba mal de carácter.

Luego vino la chica del estudio y me preguntó si me sentía triste. Lloré.

Porque nunca nadie me había preguntado eso.

Me explicó que era algo que le pasa a muchas. Que no era rara. Que eso tenía un nombre.

Y yo sentí alivio. Como si alguien al fin me viera.”

17.3 “No me dejaron llorar”

□ Maritza, 22 años, madre de dos hijos

“Con mi primer hijo me dijeron que llorar era de mujeres débiles.

Que no hiciera el show. Que me iba a secar la leche.

Me aguanté. Hasta que una noche, exploté.

Mi esposo no entendía. Me gritó. Me dijo que estaba loca.

Mi suegra me dijo que rezara.

Entonces aprendí a fingir. A sonreír.

A decir que todo estaba bien.

Pero por dentro, me estaba apagando.”

17.4 “Lo único que quería era dormir sin culpa”

Daniela, 20 años, madre en unión libre

“Todos me decían que aprovechara cuando el bebé dormía para limpiar.

Pero yo solo quería dormir yo.

Me dolía el cuerpo. La cabeza.

Me sentía mala madre porque no me nacía jugar con él.

Tenía miedo de contar eso.

Hasta que fui a uno de los círculos y una chica dijo lo mismo.

Ese día lloramos juntas.

Y entendí que no estaba sola.”

17.5 Reflexión colectiva: cuando una habla, todas sanan

En los círculos de escucha comunitaria creados durante esta investigación, ocurrió algo que ningún dato estadístico podría anticipar: el silencio comenzó a romperse. Cuando una madre se

animaba a decir “me siento triste”, otra asentía. Cuando alguien lloraba, otra se acercaba a abrazarla. Cuando una hablaba, todas sanaban un poco.

“Yo pensé que era la única.”

“A mí también me pasó.”

“Qué bueno que alguien lo dice.”

No se trataba de encontrar soluciones mágicas. Solo de nombrar el dolor, sostenerlo entre todas y descubrir que el amor propio también se cultiva en comunidad.

En estos espacios, muchas madres dijeron frases que ahora tienen peso de historia:

“Nunca me había escuchado así.”

“Esto me salvó.”

“Ahora sé que merezco cuidado.”

17.6 El poder político de contar lo vivido

Los testimonios aquí compartidos no son simples relatos: son actos de resistencia. En una cultura que exige a la madre ser fuerte, perfecta, feliz, estas mujeres decidieron hablar de su tristeza sin vergüenza.

Esa decisión es política.

Porque:

- Nombrar el dolor cuestiona al sistema que lo naturaliza.
- Llorar en público rompe con el mito de la maternidad heroica.
- Exigir escucha desestabiliza estructuras que callan a las mujeres.

Estas madres rurales, jóvenes, muchas veces excluidas, han generado conocimiento, han producido cambio, han sembrado conciencia. Y eso es una forma de justicia social.

17.7 Conclusión: del testimonio a la transformación

Este capítulo no cierra: abre.

Abre la posibilidad de pensar que toda intervención en salud mental materna debe comenzar por el testimonio. Porque allí, en la voz quebrada de una madre, habita toda la historia del territorio, de la comunidad, de una generación que no quiere seguir criando en silencio.

Escuchar a las madres es más que una acción terapéutica: es un compromiso con la vida.

Y en El Vergel, por primera vez, ese compromiso comenzó a escribirse. Con tinta de dolor, sí, pero también con fuerza, con verdad y con esperanza.

CAPÍTULO 18

***Diseño del modelo de acompañamiento
emocional comunitario para zonas rurales***

Este capítulo ofrece una guía práctica y adaptable para replicar el modelo comunitario de acompañamiento emocional posparto desarrollado en El Vergel, con base en los resultados y aprendizajes del estudio.

18.1 Nombre del modelo: □ Maternidades Acompañadas

El modelo Maternidades Acompañadas se basa en tres principios fundamentales:

1. La madre también importa: su salud mental es prioridad, no accesorio.
2. El dolor compartido pesa menos: la red comunitaria alivia.
3. Escuchar es cuidar: no hay salud sin escucha activa, respetuosa y sin juicio.

18.2 Estructura del modelo

El modelo se compone de cinco ejes interconectados:

- 1. Tamizaje emocional temprano
 - Aplicación de la Escala EPDS en los controles posnatales del primer trimestre.
 - Capacitación al personal de salud en uso, interpretación y derivación.
 - Incorporación de este paso como parte obligatoria del protocolo clínico rural.
- 2. Formación de promotoras de salud emocional
 - Mujeres de la comunidad con vocación de servicio y liderazgo local.
 - Formación en escucha activa, salud mental materna y primeros auxilios emocionales.
 - Reconocimiento simbólico (certificado, insignia) y seguimiento permanente.

□ 3. Círculos de cuidado materno

- Grupos quincenales de madres guiados por promotoras y profesionales de apoyo.
- Espacios de expresión libre, actividades de autocuidado, dinámicas terapéuticas y contención mutua.
- Enfoque horizontal: todas tienen algo que decir, todas merecen ser escuchadas.

□ 4. Red de apoyo interinstitucional

- Vínculo entre subcentros de salud, escuelas, casas comunales y universidades.
- Coordinación para derivación, seguimiento y atención a casos de riesgo.
- Activación de campañas locales de sensibilización.

□ 5. Sistematización y evaluación participativa

- Registro comunitario de historias de vida, mejoras emocionales y necesidades emergentes.
- Evaluación periódica con base en indicadores cuantitativos y cualitativos.
- Ajuste dinámico según contexto, cultura y participación.

18.3 Materiales necesarios

- Escalas EPDS impresas o digitales
- Fichas de registro comunitario
- Guía práctica de primeros auxilios emocionales
- Espacio físico seguro (centro comunitario, aula, casa abierta)
- Recursos mínimos para meriendas, juegos o actividades terapéuticas
- Cartilla educativa para madres y familiares

18.4 Participantes clave

- Promotoras comunitarias
- Madres posparto (hasta 1 año)
- Personal del subcentro de salud
- Docentes rurales y líderes locales
- Facilitadores externos (psicólogos, trabajadores sociales, etc.)

18.5 Cronograma de implementación en 6 fases

Fase	Actividad principal	Duración sugerida
1. Diagnóstico inicial	Mapeo de madres, aliados comunitarios y recursos disponibles	2 semanas
2. Sensibilización local	Reuniones con líderes, familias y personal de salud	2 semanas
3. Formación de promotoras	Capacitación intensiva en salud mental perinatal	3 semanas
4. Activación de círculos	Inicio de grupos de escucha con seguimiento sistemático	4 meses
5. Evaluación intermedia	Revisión de avances, retroalimentación y ajustes metodológicos	2 semanas
6. Sistematización	Documentación de experiencias, logros, testimonios y aprendizajes	1 mes

Nota: Estas fases son flexibles según los ritmos y realidades del territorio. Lo importante es mantener la coherencia entre diagnóstico, acción, evaluación y transformación.

18.6 Indicadores de éxito del modelo

Cuantitativos:

- Número de madres tamizadas con EPDS
- Disminución en las puntuaciones de EPDS en seguimiento
- Asistencia sostenida a círculos de cuidado

- Número de promotoras formadas y activas
- Casos de riesgo derivados y atendidos a tiempo

Cualitativos:

- Testimonios de mejora emocional
- Incremento en la autoestima y red de apoyo percibida
- Reducción del aislamiento y el estigma
- Mayor visibilización de las emociones maternas en la comunidad
- Reconocimiento del programa por parte de actores locales

Estos indicadores no solo miden “éxito”: miden transformación, conexión humana y reparación del cuidado.

18.7 Adaptabilidad a otros territorios

El modelo Maternidades Acompañadas fue diseñado con criterios de:

- Flexibilidad: Puede aplicarse en recintos, parroquias, barrios marginales, zonas rurales o urbano-populares.
- Bajo costo: No requiere infraestructura sofisticada ni grandes inversiones, sino voluntades activas.
- Simplicidad metodológica: Puede ser implementado por equipos interdisciplinarios con apoyo mínimo técnico.
- Enfoque cultural: Respeta e integra los saberes locales, adaptándose a cosmovisiones diversas.
- Escalabilidad: Puede crecer en fases, replicarse por sectores o articularse con políticas públicas.

Su corazón es uno solo: cuidar a quien cuida. Todo lo demás puede ajustarse al contexto.

18.8 Conclusión: sembrar cuidado, cosechar comunidad

El modelo Maternidades Acompañadas no nace de una teoría, sino de *un territorio*. No es un programa cerrado, sino una invitación a sembrar cuidado donde solo había exigencia. A ofrecer abrigo donde había juicio. A sanar lo que no se nombra.

Porque cuando una madre se siente acompañada, todo su entorno florece.

Y cuando una comunidad aprende a escuchar, se vuelve más humana.

CAPÍTULO 19

***Anexos: instrumentos aplicados, tablas y
gráficos finales***

19.1 Instrumento aplicado: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

La Escala EPDS fue el instrumento estandarizado utilizado para el tamizaje emocional. Consta de 10 ítems que evalúan síntomas emocionales comunes en el posparto, como tristeza, anhedonia, ansiedad y pensamientos negativos.

A continuación se presenta su estructura general:

Í t e m Nº	Pregunta	Puntaje (0 a 3)
1	He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas	___
2	He disfrutado de las cosas como solía hacerlo	___
3	Me he culpado innecesariamente cuando las cosas salían mal	___
4	He estado ansiosa o preocupada sin motivo aparente	___
5	He sentido miedo o pánico sin razón	___
6	Me he sentido abrumada y sin control	___
7	He estado tan triste que he llorado con frecuencia	___
8	He tenido dificultades para dormir, incluso cuando podía	___
9	Me he sentido triste o desgraciada	___
10	He tenido pensamientos de hacerme daño	___

Nota: Un puntaje total igual o superior a 13 sugiere posible depresión postparto y requiere atención.

19.2 Tabla resumen de severidad clínica según EPDS

Rango de Puntuación	Clasificación	Nº de madres	Porcentaje (%)
0–9	Sin riesgo	18	28.6%
10–12	Riesgo leve	15	23.8%
13–14	Depresión moderada	14	22.2%
≥15	Depresión severa	16	25.4%
Total		63	100%

19.3 Gráfico 1: Síntomas más frecuentes según la EPDS

(Representación gráfica generada con Python)

¡Error! Nombre de archivo no especificado.

Interpretación: Tristeza persistente, llanto frecuente y sensación de sobrecarga son los síntomas dominantes. El 25.4% de las madres reportaron pensamientos autolesivos, lo cual demanda intervención urgente.

19.4 Gráfico 2: Relación entre duración del puerperio y severidad de síntomas

(Representación acumulada por niveles de severidad y meses posparto)

¡Error! Nombre de archivo no especificado.

Interpretación: Las madres con más de 6 meses de puerperio sin acompañamiento presentaron las mayores tasas de depresión severa. Este hallazgo reafirma la necesidad de acciones tempranas.

19.5 Tabla cruzada: Factores sociales y sintomatología

Factor de Riesgo	Aumento observado en EPDS >13
Edad <18 años	+62.5%
Escolaridad básica incompleta	+58.3%
Sin pareja estable	+61.1%
Puerperio >6 meses	+75.0%
Sin red de apoyo emocional	+66.7%

□ Conclusión: La depresión posparto no es solo una cuestión hormonal, sino una consecuencia de múltiples vulnerabilidades sociales acumuladas.

19.6 Ficha socioeconómica utilizada

Incluía los siguientes campos:

- Edad
- Estado civil

- Número de hijos
- Nivel educativo
- Actividad económica
- Fuente de ingresos
- Tipo de vivienda
- Red de apoyo
- Tiempo desde el parto
- Acceso a servicios de salud y educación
- Comentarios emocionales relevantes

Este instrumento permitió identificar factores asociados a riesgo emocional y elaborar perfiles para intervención prioritaria.

CAPÍTULO 20

El rol del padre y las redes masculinas de apoyo

20.1 Introducción: ¿Dónde están los padres?

Durante las visitas de campo en el recinto El Vergel, algo se repetía de forma constante: el padre casi nunca estaba presente en las entrevistas. A veces porque se había marchado, otras porque trabajaba lejos, y muchas veces simplemente porque “no era necesario” que él estuviera. Nadie lo pedía. Nadie lo incluía. Su ausencia se había normalizado.

Este capítulo busca precisamente eso: poner en el centro una ausencia. Nombrarla. Comprenderla. Desarmarla. Porque hablar de salud mental materna sin hablar del padre, es contar solo la mitad de la historia.

En los relatos de las madres, la figura paterna es una sombra que no acompaña. Un fantasma que alguna vez estuvo, pero ya no. O que permanece, pero sin voz, sin gesto, sin cuidado.

20.2 La figura del padre en el contexto rural

En las comunidades rurales como El Vergel, la paternidad ha sido históricamente asociada a tres cosas:

1. El rol de proveedor económico.
2. La autoridad dentro del hogar.
3. La distancia emocional frente al proceso de crianza.

Bajo este esquema, el padre no es considerado parte activa del posparto, mucho menos del acompañamiento emocional. La salud mental de la madre, su estado de ánimo o su llanto, son asuntos “de mujeres”. A él solo se le pide que no falte el pan, que el niño tenga pañales, que la casa funcione.

“Él me dice: ‘¿para qué tanto llanto si el niño está sano?’”

– Madre de 21 años, pareja estable, El Vergel

Esta lógica —aparentemente funcional— esconde una exclusión afectiva profunda. Porque la paternidad no es solo contribuir económicamente. Es estar, escuchar, preguntar, sostener. Es ser

parte del mundo emocional que se gesta tras el parto.

20.3 El padre como actor secundario: una herencia cultural

Los hombres de las zonas rurales no han sido criados para gestionar emociones ni sostener procesos de cuidado. En muchos casos, ellos mismos fueron criados por madres solas o figuras femeninas que, al igual que sus hijas, lo hicieron todo sin ayuda.

“A mi papá nunca lo vi cambiando un pañal. Él decía que eso era cosa de mujeres.”

– Testimonio recogido en círculo comunitario

El resultado es un ciclo que se repite:

- El padre no sabe cómo acompañar.
- La madre no espera que lo haga.
- La comunidad refuerza ese patrón.
- Nadie habla de la herida que eso deja.

□ La ausencia del padre no es solo una decisión individual: es una construcción social colectiva.

20.4 Consecuencias de la desvinculación paterna

La falta de involucramiento del padre tiene efectos directos sobre la salud emocional de la madre, y también sobre el desarrollo del bebé (como veremos en el siguiente capítulo). Entre las consecuencias más importantes están:

- Sobre la madre:
 - Aumento de la sobrecarga física y mental.
 - Sensación de injusticia emocional: ella lo hace todo, él “ayuda cuando quiere.”
 - Elevación de los síntomas de ansiedad y tristeza.
 - Mayor riesgo de aislamiento y desconexión emocional.

- Sobre la relación de pareja:
 - Dificultad para establecer una comunicación empática.
 - Acumulación de resentimientos y frustraciones.
 - Rupturas posparto por falta de contención mutua.
 - Reproducción de dinámicas violentas o negligentes.
- Sobre el entorno:
 - Normalización de la idea de que la maternidad es un camino solitario.
 - Reproducción de modelos masculinos emocionalmente ausentes.
 - Mayor carga para abuelas, hermanas u otras mujeres de la red familiar.

20.5 El padre como red de apoyo emocional

Aunque muchos hombres crecieron sin modelos de cuidado afectivo, eso no significa que no puedan transformarse. El padre no debe ser visto como un “ayudante”, sino como un actor emocional activo en la crianza.

Cuando un padre está realmente presente en el posparto:

- La madre se siente menos sola.
- El bebé establece un vínculo temprano con ambos cuidadores.
- La pareja puede compartir emociones, temores y logros.
- Se rompe la lógica de “ella cuida, él sostiene”, construyendo nuevas formas de paternar.

“Un día me preguntó cómo me sentía. Solo eso. Me puse a llorar. Fue la primera vez que sentí que le importaba lo que yo vivía, no solo el niño.”

— Madre de 20 años, El Vergel

Este tipo de gestos, aunque pequeños, pueden marcar una gran diferencia en la evolución emocional de la madre.

20.6 Estrategias comunitarias para despertar la paternidad activa

La transformación del rol paterno no se impone, se cultiva. A continuación se proponen algunas estrategias que pueden adaptarse en zonas rurales como El Vergel:

☐ a) Círculos de hombres

- Espacios informales donde padres jóvenes compartan experiencias, temores y dudas.
- Facilitados por un trabajador social, psicólogo o líder comunitario con formación en género.
- Enfocados en temas como: emociones, vínculos, masculinidades, paternidad activa.

☐ b) Inclusión del padre en los controles de salud

- Invitar explícitamente a los padres a los controles prenatales y posnatales.
- Crear momentos de diálogo en pareja con el personal de salud.
- Aplicar escalas breves de malestar emocional también en ellos.

☐ c) Testimonios de padres cuidadores

- Difundir historias de hombres que cuidan, cambian pañales, consuelan, acompañan.
- Mostrar modelos positivos en campañas locales: “Ser padre también es cuidar.”

☐ d) Formación comunitaria en corresponsabilidad

- Charlas, talleres o ferias sobre igualdad de género, cuidado

mutuo y salud mental materna.

- Incluir a líderes religiosos, deportivos y sociales para que promuevan mensajes transformadores.

20.7 Conclusión: sin padres presentes, las madres crían en desventaja

La depresión postparto no se genera solo por causas internas o hormonales. Se alimenta del contexto. Y en ese contexto, la presencia o ausencia del padre pesa.

Transformar la paternidad no es solo un favor a la madre:

Es un acto de justicia, de prevención, de sanación intergeneracional.

Porque cuando un padre aprende a cuidar, también sana al niño que fue, transforma al hombre que es y fortalece a la familia que está construyendo.

20.5 El padre como red de apoyo emocional

Aunque muchos hombres crecieron sin modelos de cuidado afectivo, eso no significa que no puedan transformarse. El padre no debe ser visto como un “ayudante”, sino como un actor emocional activo en la crianza.

Cuando un padre está realmente presente en el posparto:

- La madre se siente menos sola.
- El bebé establece un vínculo temprano con ambos cuidadores.
- La pareja puede compartir emociones, temores y logros.
- Se rompe la lógica de “ella cuida, él sostiene”, construyendo nuevas formas de paternar.

“Un día me preguntó cómo me sentía. Solo eso. Me puse a llorar. Fue la primera vez que sentí que le importaba lo que yo vivía, no solo el niño.”

— Madre de 20 años, El Vergel

Este tipo de gestos, aunque pequeños, pueden marcar una gran diferencia en la evolución emocional de la madre.

20.8 Estrategias comunitarias para despertar la paternidad activa

La transformación del rol paterno no se impone, se cultiva. A continuación se proponen algunas estrategias que pueden adaptarse en zonas rurales como El Vergel:

☐ a) Círculos de hombres

- Espacios informales donde padres jóvenes compartan experiencias, temores y dudas.
- Facilitados por un trabajador social, psicólogo o líder comunitario con formación en género.
- Enfocados en temas como: emociones, vínculos, masculinidades, paternidad activa.

☐ b) Inclusión del padre en los controles de salud

- Invitar explícitamente a los padres a los controles prenatales y posnatales.
- Crear momentos de diálogo en pareja con el personal de salud.
- Aplicar escalas breves de malestar emocional también en ellos.

☐ c) Testimonios de padres cuidadores

- Difundir historias de hombres que cuidan, cambian pañales, consuelan, acompañan.
- Mostrar modelos positivos en campañas locales: “Ser padre también es cuidar.”

☐ d) Formación comunitaria en corresponsabilidad

- Charlas, talleres o ferias sobre igualdad de género, cuidado

mutuo y salud mental materna.

- Incluir a líderes religiosos, deportivos y sociales para que promuevan mensajes transformadores.

20.9 Conclusión: sin padres presentes, las madres crían en desventaja

La depresión postparto no se genera solo por causas internas o hormonales. Se alimenta del contexto. Y en ese contexto, la presencia o ausencia del padre pesa.

Transformar la paternidad no es solo un favor a la madre:

Es un acto de justicia, de prevención, de sanación intergeneracional.

Porque cuando un padre aprende a cuidar, también sana al niño que fue, transforma al hombre que es y fortalece a la familia que está construyendo.

CAPÍTULO 21

Impacto de la depresión postparto en el desarrollo del bebé y la primera infancia

21.1 Introducción: cuando el dolor de la madre también lo siente el bebé

Un bebé no necesita palabras para percibir el mundo. Desde el nacimiento —e incluso antes— está en sintonía con los estados emocionales de su madre: su mirada, su voz, su tacto, su disponibilidad afectiva.

Cuando una madre sufre depresión postparto, esa conexión vital puede verse alterada. No porque no ame a su hijo, sino porque su dolor no le permite responder con la misma fluidez, ternura o energía. Y aunque muchos bebés crecen con madres que atraviesan estas dificultades, la ciencia ha demostrado que el impacto puede ser profundo y duradero si no se interviene a tiempo.

Este capítulo explora ese vínculo esencial y cómo la salud mental materna es, también, un factor determinante en el desarrollo infantil.

21.2 El vínculo afectivo temprano: base de la salud emocional

Durante los primeros meses de vida, el cerebro del bebé se moldea a través de la interacción con su entorno, y principalmente con su figura de apego, que en la mayoría de los casos es la madre.

El apego seguro se construye cuando la madre:

- Responde a las señales del bebé con calma, sensibilidad y constancia.
- Lo sostiene con afecto físico y emocional.
- Establece un ritmo de cuidado predecible.
- Le transmite que el mundo es un lugar seguro, cálido y disponible.

Pero si la madre está emocionalmente apagada, sobrecargada, ansiosa o retraída por la depresión:

- Puede demorar en responder al llanto.

- Mostrar un rostro inexpresivo o ausente.
- Hablar menos, acariciar menos, mirar menos.
- Transmitir, sin querer, la sensación de que el mundo es incierto o amenazante.

La neurobiología confirma que estas experiencias tempranas modelan el desarrollo del sistema nervioso del niño.

21.3 Efectos observables en el bebé y la infancia temprana

Diversos estudios científicos han documentado que los hijos de madres con depresión postparto pueden presentar alteraciones significativas en varias áreas de desarrollo. No se trata de determinismo, sino de riesgos aumentados cuando no hay redes de protección oportuna.

☐ a) Desarrollo emocional y conductual

- Mayor probabilidad de presentar ansiedad temprana o irritabilidad.
- Dificultad para autorregular el llanto o el sueño.
- Riesgo de desarrollar apego inseguro o ambivalente.

☐ b) Desarrollo cognitivo y del lenguaje

- Menor exposición al lenguaje verbal y afectivo.
- Retrasos en el desarrollo del habla o la comprensión.
- Dificultades para concentrarse en etapas escolares.

☐ c) Desarrollo social

- Problemas en la interacción con otros niños.
- Conductas de retraimiento o agresividad.
- Búsqueda excesiva de aprobación o afecto.

“No es que el bebé se deprima, pero sí aprende que el mundo emocional está silenciado. Que el amor se da en silencio, sin

contacto. Que su llanto puede no tener eco.”

21.4 Impacto en el apego y en la relación madre-hijo

El apego es el hilo invisible que une al bebé con quien lo cuida. Cuando la madre atraviesa una depresión postparto, ese hilo puede tensarse, enredarse o debilitarse.

En El Vergel, algunas madres compartieron frases como:

“Lo amo, pero a veces no me nace cargarlo.”

“Siento que me mira triste y eso me duele.”

“Me da culpa no sentir esa alegría que dicen que debo sentir.”

Estas expresiones reflejan una disonancia emocional: la madre quiere cuidar, pero no puede hacerlo plenamente. No por falta de voluntad, sino por falta de energía emocional. Y el bebé, aunque no lo entienda con palabras, lo siente.

Si esta situación se sostiene en el tiempo sin acompañamiento, puede generar:

- Dificultades en la construcción del vínculo.
- Aparición de culpa y frustración en la madre.
- Mayor riesgo de crianza interrumpida, delegada o desorganizada.

21.5 El círculo transgeneracional del sufrimiento no acompañado

El sufrimiento emocional que no se nombra, tiende a repetirse. Cuando una madre atraviesa el posparto en soledad, sin ser escuchada, sin redes de apoyo, sin herramientas para comprender lo que siente, puede transmitir sin querer ese mismo vacío a su hijo o hija.

Y así comienza un ciclo que atraviesa generaciones:

- Una abuela que crió sola sin hablar de su tristeza.
- Una madre que aprendió a callar porque “eso es normal”.

- Una hija que se convierte en madre joven y repite el silencio.
- Un nieto que aprende que el amor duele, que la ternura se esconde.

“Yo también tuve depresión, pero en mis tiempos no se hablaba de eso.”

— Abuela entrevistada durante las visitas en El Vergel.

Este ciclo no es inevitable. Pero romperlo requiere presencia consciente, escucha comunitaria y acompañamiento real. Si no intervenimos a tiempo, el sufrimiento materno puede marcar la vida de un niño antes de que aprenda a hablar.

CAPÍTULO 22

***Estrategias de autocuidado y
empoderamiento emocional en madres
jóvenes***

22.1 Introducción: recuperar el derecho a cuidarse

Una de las ideas más repetidas —y más peligrosas— en torno a la maternidad, especialmente en contextos rurales como El Vergel, es la siguiente:

“Ahora que eres madre, te toca olvidarte de ti.”

Esta frase, transmitida de generación en generación, condensa una lógica de sacrificio extremo, donde la mujer deja de ser persona para convertirse en “madre a tiempo completo”.

Y aunque esta entrega suele surgir del amor más profundo, también puede volverse fuente de culpa, desgaste y depresión.

El autocuidado no es egoísmo.

El autocuidado es un acto de resistencia y supervivencia emocional.

Es decirle al mundo: “también merezco descanso, escucha, dignidad”.

Este capítulo propone herramientas, estrategias y reflexiones para que las madres jóvenes —en especial las más vulnerables— puedan reconectar con su propio bienestar y comenzar a sanar desde sí mismas y con el apoyo de su comunidad.

22.2 ¿Qué es el autocuidado materno y por qué es urgente?

Autocuidarse siendo madre no es solo “darse un gusto” o “tomarse un café a solas”.

Es mucho más profundo:

- ☐ Es reconocer que tus emociones importan.
- ☐ Es permitirte no estar bien todo el tiempo.
- ☐ Es pedir ayuda sin culpa.
- ☐ Es darte el derecho a existir como mujer, además de madre.

En contextos como El Vergel, donde muchas madres están

aisladas, jóvenes, sin red de apoyo o con múltiples exigencias, el autocuidado debe ser colectivo, accesible, culturalmente sensible y sostenido en el tiempo.

“Yo no sabía qué era autocuidarme. Para mí, cuidarme era que mi hijo estuviera bien.”

— Madre de 18 años, primeriza

22.3 Barreras al autocuidado en madres jóvenes

Durante las entrevistas y círculos comunitarios, se identificaron diversas barreras estructurales y emocionales que dificultan el autocuidado real de las madres:

Culturales:

- Mandato de “madre sacrificada”.
- Juicios sociales: “Esa no quiere a su hijo, por eso sale sola.”
- Falta de referentes femeninos que prioricen el bienestar personal.

Económicas:

- Falta de ingresos propios.
- Carga de trabajo doméstico no remunerado.
- Imposibilidad de pagar por espacios de ocio o salud emocional.

Emocionales:

- Culpa por “pensar en sí misma”.
- Miedo a ser juzgada por la pareja o la familia.
- Dificultad para reconocer sus propias necesidades.

El primer paso hacia el autocuidado es comprender que no es un lujo, sino una necesidad emocional básica.

22.4 Estrategias accesibles de autocuidado cotidiano

Estas propuestas han sido compartidas por las propias madres de El Vergel y adaptadas a su realidad. No requieren dinero ni grandes recursos, pero sí disposición, red de apoyo y tiempo propio.

Respirar con conciencia (5 minutos al día)

Cierre los ojos. Inhala profundo. Exhala lento. Repite.

Solo eso. Para volver a ti, aunque sea un momento.

Pedir ayuda sin culpa

“¿Puedes quedarte con el bebé 10 minutos?”

“¿Me acompañas al subcentro?”

“Hoy necesito que alguien me escuche.”

Aprender a pedir también es cuidarse.

Escribir o hablar de lo que siente

Tener un cuaderno. Grabar una nota de voz. Llorar con alguien.

Poner palabras al cansancio alivia.

Buscar el sol

Salir un rato con el bebé. Caminar con calma. Tomar aire.

El cuerpo también necesita luz.

Hacer algo por y para sí misma

Peinarse con amor. Escuchar música. Pintarse las uñas.

Ver a una amiga. Bailar. Dormir. Reír.

Lo pequeño también salva.

22.5 Empoderamiento emocional: recuperar la voz, el cuerpo y el deseo

En el recorrido de esta investigación, muchas madres dijeron

frases como:

“Ya no soy yo, soy solo mamá.”

“Me siento como una máquina.”

“Desde que nació mi hijo, no tengo espacio para mí.”

Estas expresiones no solo reflejan cansancio: hablan de una pérdida de identidad.

El empoderamiento emocional no se trata de frases vacías ni discursos de superación.

Se trata de ayudar a las madres a:

☐ Recuperar su voz

Volver a nombrarse. Decir lo que sienten sin miedo.

Poner límites. Hacer preguntas. Contar su historia en sus propios términos.

☐ Reconectar con su cuerpo

No como herramienta de trabajo, sino como espacio sagrado.

Respirar sin apuro. Tocarse con amor. Habitarse sin culpa.

☐ Reconstruir el deseo

No solo el deseo sexual, sino el deseo de vivir, de crear, de reír, de imaginar otro futuro.

Porque muchas madres no están deprimidas solo por el cansancio físico, sino por la muerte de sus sueños.

Empoderar emocionalmente a una madre es recordarle que su vida sigue siendo suya.

22.6 Redes de autocuidado colectivo en comunidades rurales

El autocuidado no siempre puede (ni debe) ser individual.

En comunidades como El Vergel, donde las madres están

sobrecargadas y aisladas, el cuidado mutuo es la forma más poderosa de sanar.

Algunas formas de autocuidado colectivo que surgieron de los círculos de escucha:

“Hoy me toca a mí ayudarte a ti”

- Un sistema rotativo: cada semana una madre tiene 1 hora para sí misma, y otra cuida a su bebé.

- Se organizan entre vecinas, hermanas, comadres.

- Sin dinero, solo con voluntad.

“Hora de la charla”

- Una vez por semana, al caer la tarde, se reúnen para hablar.

- No es terapia, es escucha mutua.

- Se habla de todo: tristeza, rabia, sexualidad, sueños, miedo.

- Se toma té. Se ríe. Se llora. Se abraza.

Caminatas de autocuidado

- Salir juntas a caminar con los bebés.

- Respirar. Sentir el cuerpo. Contarse la semana.

- Cuidarse caminando.

Estas redes son semillas. Pequeñas pero poderosas. Porque cuando una mujer se cuida, cuida mejor. Y cuando lo hace con otras, ese cuidado se vuelve transformación social.

22.7 Cierre del capítulo: cuidar a la madre es cuidar a la sociedad

Una sociedad que no permite a las madres descansar, llorar, enojarse o pedir ayuda, es una sociedad que está fallando.

Y una madre que aprende a cuidar de sí misma, a poner límites, a darse valor, está criando hijos e hijas que también sabrán hacerlo.

“Hoy me pinté los labios. Mi hijo me dijo: ‘Mami, estás linda’.

Y yo le dije: ‘Gracias, es que también me quiero ver bien para mí’.”

— Madre de 23 años, segundo hijo.

Eso también es autocuidado.

Eso también es empoderamiento.

Eso también es construir futuro.

Cuidar a las madres no es un favor. Es una necesidad urgente. Y también, una forma de justicia.

CAPÍTULO 23

***Propuesta de formación comunitaria en
salud mental materna para líderes locales y
promotoras de salud***

23.1 Introducción: ¿quién cuida a quienes cuidan?

En El Vergel y otros territorios rurales, gran parte del trabajo de cuidado —tanto físico como emocional— lo realizan mujeres anónimas: comadres, parteras, vecinas, líderes de barrio, madres experimentadas. Ellas sostienen, consuelan, acompañan. Pero casi nunca han sido formadas, reconocidas ni respaldadas.

Este capítulo propone un modelo de formación comunitaria en salud mental materna, adaptado a contextos rurales, con enfoque feminista, territorial y participativo. Una propuesta que busca empoderar a quienes ya están en los barrios cuidando con el corazón, pero sin herramientas.

23.2 Objetivo general

Desarrollar una estrategia formativa integral para líderes comunitarios, promotoras de salud, parteras y mujeres referentes, con el fin de que puedan:

- Identificar señales tempranas de malestar emocional en madres.
- Brindar escucha activa y contención inicial.
- Activar rutas de acompañamiento comunitario y derivación.
- Promover círculos de autocuidado y salud emocional.
- Ser agentes territoriales de prevención en salud mental perinatal.

23.3 Enfoques clave de la formación

Enfoque territorial

- Adaptado a las realidades, costumbres y tiempos de cada comunidad.
- Se prioriza el conocimiento situado y el diálogo de saberes.

Enfoque intercultural

- Reconoce y valora los saberes ancestrales y las creencias

populares.

- No impone, sino que conversa.

Enfoque feminista y de género

- Cuestiona los mandatos de maternidad sacrificada.
- Promueve el derecho de las mujeres a sentir, a nombrar y a cuidar sin perderse.

Enfoque pedagógico participativo

- No hay jerarquías: todas aprenden, todas enseñan.
- El aprendizaje parte de la experiencia, no de la teoría abstracta.
- Uso de técnicas lúdicas, visuales, narrativas y corporales.

23.4 Contenidos sugeridos del proceso formativo

La formación se propone como un ciclo de 6 módulos, de 2 a 3 horas cada uno, que pueden realizarse en jornadas comunitarias, ferias de salud o encuentros barriales:

Módulo	Temática principal
1	¿Qué es la salud mental materna? Mitos y realidades del posparto
2	Reconociendo el malestar: tristeza, llanto, ansiedad, cansancio extremo
3	Escucha activa y primeros auxilios emocionales
4	¿Cómo acompañar sin juzgar? Estrategias de contención comunitaria
5	Redes de apoyo y autocuidado colectivo: cómo organizarnos para sostener a las madres
6	Derivación responsable y articulación con el subcentro de salud

Cada módulo incluye:

- Historias reales para reflexionar.
- Ejercicios de dramatización o role play.
- Momentos de diálogo en círculo.

- Espacios de expresión emocional (dibujar, escribir, compartir).
- Guías de acción práctica adaptadas al territorio.

23.5 Perfil de la promotora comunitaria en salud emocional materna

La promotora comunitaria en salud emocional materna no es una profesional de bata blanca, ni una psicóloga con diplomas. Es una mujer del barrio, del campo, del recinto, que conoce las historias, camina las veredas y ha escuchado más de una vez a una madre decir: “Ya no puedo más”.

Su rol no reemplaza al del sistema de salud, pero lo complementa desde lo humano. Es un puente emocional y afectivo entre las madres y las instituciones.

Cualidades esenciales

- Empatía natural: capacidad para ponerse en el lugar de la otra sin juzgar.
- Escucha respetuosa: saber guardar silencio cuando hace falta.
- Confidencialidad: cuidar lo que se dice en los círculos.
- Compromiso social: interés real por el bienestar de las madres.
- Respeto cultural: no imponer, sino acompañar.
- Capacidad de sostén: ser refugio emocional sin convertirse en salvadora.

“No quiero ser psicóloga. Solo quiero estar ahí cuando una mamá necesite llorar.”

— Promotora formada en El Vergel

Tareas principales

- Detectar signos de alerta emocional (llanto frecuente,

aislamiento, insomnio, falta de apego).

- Brindar escucha inicial sin patologizar.
- Invitar a círculos de autocuidado y conversación.
- Coordinar con centros de salud si se detecta riesgo severo.
- Acompañar visitas médicas o sociales cuando la madre lo solicite.
- Ser referente y sostén en momentos de crisis.

23.6 Criterios de evaluación y seguimiento del proceso formativo

Evaluar esta formación no se limita a llenar encuestas. Se trata de observar transformaciones reales en el territorio. A continuación, una propuesta de indicadores cualitativos y cuantitativos:

Indicadores cualitativos:

- Aumento en la confianza de las madres hacia la promotora.
- Mayor expresión emocional en los círculos.
- Cambios en el lenguaje de las participantes: de “estoy loca” a “me siento abrumada y necesito ayuda”.
- Testimonios de agradecimiento y validación por parte de las madres.

Indicadores cuantitativos:

- Número de promotoras capacitadas.
- Asistencia regular a las sesiones de formación.
- Participación activa en los círculos y talleres comunitarios.
- Casos acompañados o derivados correctamente.

La mejor evaluación es cuando una madre dice: “Ella me escuchó cuando nadie más quiso hacerlo.”

23.7 Sostenibilidad: cómo articular esta formación con políticas locales

Para que la formación comunitaria en salud mental materna no sea una intervención puntual, sino una política duradera, es necesario:

Articular con el gobierno local

- Presentar la propuesta como parte del plan de salud comunitaria.
- Incluirla en los presupuestos participativos de la parroquia o el cantón.
- Reconocer a las promotoras como agentes comunitarias de salud, con carnet o insignia.

Coordinar con el subcentro de salud

- Realizar encuentros mensuales entre personal de salud y promotoras.
- Socializar los protocolos de atención emocional para madres.
- Incluir a las promotoras en los controles integrales del puerperio.

Vincular con instituciones educativas o universidades

- Involucrar a estudiantes de enfermería, psicología o trabajo social en el acompañamiento.
- Generar procesos de investigación-acción participativa.
- Certificar las capacitaciones para las promotoras.

Sumar aliados estratégicos

- ONGs, fundaciones, cooperativas, iglesias, radios locales.
- Todos pueden ayudar a sostener la red del cuidado.

23.8 Cierre del capítulo: formar para cuidar, cuidar para transformar

En muchas comunidades rurales, las madres no van al psicólogo. Pero sí hablan con la vecina, con la partera, con la señora que ayuda en el subcentro. Formar a esas mujeres no es solo transferir conocimiento: Es potenciar el poder que ya tienen.

Porque cuando una mujer del barrio se convierte en promotora del bienestar emocional, no solo cuida a las madres: cuida a toda la comunidad.

Y así, el dolor que antes se vivía en silencio, empieza a tener nombre, acompañamiento y esperanza.

CAPÍTULO 24

***Enfoque de derechos y legislación vigente
sobre salud mental perinatal en el Ecuador***

24.1 Introducción: cuidar a las madres no es caridad, es justicia

Durante años, la salud mental de las madres ha sido ignorada en las políticas públicas. Se han diseñado normas para garantizar el parto institucional, la lactancia materna o el control del recién nacido, pero pocas veces se habla del estado emocional de quien da vida.

La depresión postparto es una de las principales causas de sufrimiento silencioso en mujeres jóvenes. Y sin embargo, no existe en el Ecuador una legislación clara, robusta y específica que proteja la salud mental perinatal como un derecho.

Este capítulo analiza el marco legal vigente, las deudas del sistema y las oportunidades que se abren para convertir esta lucha en política pública con enfoque de derechos humanos.

24.2 ¿Qué es el enfoque de derechos en salud?

El enfoque de derechos implica que la salud no se brinda como un favor, sino como una obligación del Estado.

Esto quiere decir que:

- Las personas tienen derecho a acceder, exigir y recibir atención de calidad.
- Los Estados están obligados a garantizar ese acceso sin discriminación.
- Las políticas públicas deben ser diseñadas desde la equidad, la justicia social y el respeto a la dignidad humana.

En el caso de la salud mental materna, el enfoque de derechos exige que:

- Las mujeres sean informadas, acompañadas y protegidas.
- Se implementen mecanismos de detección y atención temprana del sufrimiento emocional.
- Se escuche y se respete la voz de las madres, especialmente

en contextos de pobreza.

- Se generen entornos seguros donde puedan expresar su malestar sin miedo ni estigma.

24.3 Marco legal vigente en Ecuador sobre salud y maternidad

A continuación, revisamos algunas normas y políticas públicas del Ecuador que, si bien no nombran explícitamente la depresión postparto, ofrecen herramientas para sustentar la protección de la salud mental materna:

Constitución del Ecuador (2008)

- Art. 32: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, el trabajo, la seguridad social, el ambiente sano y otros.”
- Art. 66, numeral 2: Derecho a una vida digna, que incluye bienestar físico, mental y emocional.
- Art. 35: Las mujeres embarazadas, en estado de maternidad y lactancia tendrán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Conclusión: la Constitución garantiza el derecho a la salud integral, incluyendo la salud mental, con énfasis en la población materna.

Código Orgánico de la Salud (COS, 2020)

- Art. 6: Principios rectores incluyen la equidad, la participación ciudadana, la interculturalidad y la integralidad.
- Art. 16: Toda persona tiene derecho a atención oportuna en salud mental como parte del derecho integral a la salud.
- Art. 24: Los prestadores del sistema nacional de salud deberán identificar factores de riesgo en salud mental, intervenir y derivar.

- Art. 83: Las mujeres tienen derecho a una atención respetuosa, libre de violencia y centrada en su bienestar integral durante el embarazo, parto y puerperio.

Comentario: Aunque el COS menciona la salud mental y el puerperio, no establece protocolos ni obligaciones claras sobre la detección de la depresión postparto.

Plan Nacional de Salud Mental (2019–2025)

- Reconoce la necesidad de atender trastornos afectivos, ansiedad, trauma y malestar psicosocial.
- Menciona la importancia de la salud mental materna, pero no especifica estrategias, presupuestos ni acciones territorializadas.
- Plantea el modelo de atención comunitaria, pero no incluye programas específicos para madres en posparto.

Análisis: buena intención, poca concreción. Se necesita traducir el plan en acciones reales en territorios como El Vergel.

24.4 Deudas pendientes del Estado

El recorrido legal revela una grave omisión institucional:

- ☐ No hay protocolos nacionales para la detección y manejo de depresión postparto.
- ☐ El personal de salud no recibe formación específica en salud emocional materna.
- ☐ Las madres rurales no acceden a servicios psicológicos durante el posparto.
- ☐ La atención se centra en el bebé, dejando a la madre emocionalmente abandonada.

Esto representa una violación indirecta del derecho a la salud integral, ya que el sufrimiento materno es invisible en los sistemas de atención.

24.5 La depresión postparto como forma de violencia institucional y estructural

Cuando el sistema de salud ignora sistemáticamente el sufrimiento de las madres, cuando no hay protocolos, ni escucha, ni recursos, ni profesionales capacitados, no estamos solo ante una omisión: estamos ante una forma de violencia institucional.

“Me dijeron que era normal sentirse así. Que ya se me iba a pasar. Me mandaron a la casa sin preguntar más.”

— Madre de 19 años, testimonio recogido en El Vergel

Esta violencia se expresa en:

- La desinformación sobre lo que es la depresión postparto.
- La normalización del dolor emocional, bajo el mito de la “maternidad feliz”.
- La falta de acceso a atención psicológica gratuita y cercana.
- La culpabilización de la madre cuando expresa tristeza, cansancio o rechazo.
- La invisibilización de su estado emocional en controles posnatales.

Además, al ser las más afectadas las mujeres jóvenes, empobrecidas y rurales, esta negligencia institucional se cruza con otras formas de opresión: clasismo, adultocentrismo, racismo estructural, machismo.

□ Llamar por su nombre a estas omisiones es el primer paso hacia la exigencia de políticas públicas justas y reparadoras.

24.6 Propuestas de reforma, política pública y ordenanzas locales

Desde este estudio y la experiencia comunitaria en El Vergel, se proponen acciones concretas para transformar el reconocimiento legal en protección real:

A nivel nacional:

- Inclusión obligatoria de la Escala EPDS
 - En todo control posnatal del primer trimestre.
 - Aplicada por personal capacitado en salud mental materna.
 - Con seguimiento y ruta de derivación para casos moderados o severos.
- Creación de un protocolo nacional de atención emocional en el puerperio
 - Elaborado por el Ministerio de Salud Pública en conjunto con universidades, organizaciones sociales y comunidades.
 - Adaptado a contextos rurales, interculturales y con enfoque de género.
 - Que contemple tanto atención primaria como redes comunitarias.
- Campaña nacional “El puerperio también se acompaña”
 - Para sensibilizar a la población sobre la depresión postparto.
 - Promoción del derecho a llorar, hablar y pedir ayuda.
 - Visibilización de las redes de promotoras comunitarias.

A nivel cantonal o parroquial:

- Ordenanzas de salud mental comunitaria
 - Que reconozcan formalmente a las promotoras de salud emocional como parte del sistema local de cuidado.
 - Que destinen presupuesto para formación, acompañamiento y sostenibilidad de los círculos de madres.
- Inclusión del tema en los planes de desarrollo local
 - Con metas específicas: disminuir la tasa de síntomas depresivos posparto, ampliar la cobertura de apoyo psicosocial,

garantizar espacios de escucha en los subcentros de salud.

- Acuerdos con universidades
- Para generar brigadas de atención perinatal.
- Practicantes y profesionales que realicen acompañamiento emocional supervisado en las zonas rurales.

La transformación empieza por los territorios. Las comunidades como El Vergel pueden liderar el cambio si tienen respaldo legal y político.

24.7 Conclusión del capítulo: del reconocimiento legal a la transformación real

La salud mental materna no puede seguir siendo un privilegio de las ciudades ni un tema opcional para los gobiernos. Debe ser reconocida como un eje central de la justicia social, el bienestar familiar y los derechos humanos.

No basta con decir que la salud es un derecho.

Hay que garantizarlo.

Y en el caso de las madres jóvenes, hay que hacerlo con urgencia, ternura y firmeza.

“Una madre acompañada emocionalmente es una madre que puede criar con amor y sin miedo. Y eso también es gobernar bien.”

— Reflexión compartida por una promotora de salud comunitaria

El dolor materno no es inevitable. Es prevenible.

Y hacer algo al respecto no es opcional: es una obligación ética, política y legal.

CAPÍTULO 25

***Ficha técnica, autoras y cierre institucional
del libro***

25.1 Ficha técnica del libro

Título completo del libro:

Depresión postparto en mujeres jóvenes del recinto El Vergel:
entre el silencio y la resistencia emocional

Autores/as investigadoras:

Jesse Camero

Camila Vera

Yeivann Cedeño

Emilia Mendoza

Año de elaboración:

2025

Lugar:

Cantón Manta, Ecuador

Extensión total:

+120 páginas

Metodología aplicada:

Investigación cuali-cuantitativa

Estudio de caso

Aplicación de Escala EPDS

Entrevistas semiestructuradas

Círculos comunitarios de escucha

Universidad/Institución vinculada:

(Se puede añadir aquí la universidad de las autoras si
corresponde)

25.2 Créditos de autoras e investigadoras

Este libro fue escrito, documentado y validado por un equipo comprometido no solo con el rigor académico, sino con la sensibilidad humana que requiere un tema tan profundo como la salud mental materna.

□ Jesse Camero

Psicólogo en formación, activista comunitario y defensor del bienestar emocional como derecho humano. Coordinador de campo e impulsor del enfoque narrativo en esta obra.

□ Camila Vera

Estudiante de Psicología, con énfasis en salud pública. Su compromiso con la salud materna se refleja en el acompañamiento cercano a madres del recinto El Vergel.

□ Yeivann Cedeño

Investigador social y observador comunitario. Responsable del análisis de redes de apoyo y del diseño territorial de la propuesta de intervención.

□ Emilia Mendoza

Investigadora cualitativa. Facilitadora de círculos de escucha y autora del enfoque terapéutico comunitario que inspiró gran parte del capítulo sobre autocuidado.

25.3 Agradecimientos especiales

Este libro no habría sido posible sin:

- Las 63 madres valientes que abrieron su corazón, compartieron sus historias y permitieron que su dolor se convierta en palabra y propuesta.
- Las promotoras de salud del recinto El Vergel, que cuidan sin ser vistas y aman sin ser reconocidas.
- Las profesionales de salud del subcentro, que ofrecieron

datos, tiempo y escucha genuina.

- Las compañeras de aula, docentes, orientadoras y guías que sembraron en nosotras la vocación de acompañar.
- A nuestras propias madres, abuelas y tías, que también criaron entre silencios... y nos enseñaron a transformar ese silencio en lucha.

25.4 Licencia de uso y reproducción

Este libro puede ser reproducido total o parcialmente con fines académicos, comunitarios y de incidencia social, siempre que se respete su autoría y se cite correctamente.

25.5 Palabras finales institucionales

Este no es solo un trabajo de grado ni un producto académico.

Es un acto político, un llamado urgente, un abrazo a tantas mujeres que aún crían en soledad.

Es también una propuesta de transformación comunitaria y de política pública, hecha con rigor, corazón y compromiso.

Creemos firmemente que la salud mental materna debe ser parte del corazón de cualquier sistema de salud justo, feminista y humanizado.

CAPÍTULO 26

***Carta abierta a las madres que crían en
silencio***

A ti, mujer que estás leyendo esto,
con tu bebé en brazos o con el alma cansada.
A ti, que no has dormido bien en semanas.
A ti, que amas profundamente pero también lloras en silencio.
A ti va esta carta.

Tal vez nadie te lo dijo, así que déjame ser la primera:
No estás sola.
Lo que sientes tiene nombre.
No estás fallando. Estás sintiendo.
No necesitas ser perfecta para ser una buena madre.

Si alguna vez has pensado que no puedes más,
si te sientes triste y no sabes por qué,
si extrañas a la mujer que eras antes,
si te duele el cuerpo y también el alma...
Déjame decirte algo que nadie debería callar:
Eso también es ser madre.

Este libro nació por ti y para ti.
Para que sepas que hay quienes están escuchando,
que tu dolor importa,
que tu llanto no es debilidad,
y que tienes derecho a ser cuidada.

Porque durante demasiado tiempo te dijeron que tú debes cuidar de todos...

pero nadie se preocupó por quién cuida de ti.

Aquí estamos.

Haciendo visible lo invisible.

Diciendo en voz alta lo que tantas callaron por miedo, por vergüenza o por costumbre.

“No tengo ganas de nada.”

“Me siento sola aunque me rodeen.”

“No puedo disfrutar como antes.”

“A veces quisiera desaparecer.”

Estas frases no son rarezas. No son locura.

Son síntomas. Son señales.

Son el grito suave de una mujer que necesita acompañamiento.

Y tú lo mereces.

Mereces descanso.

Mereces una red.

Mereces que alguien te abrace sin preguntarte si ya hiciste la comida.

Mereces que alguien te escuche sin juzgarte.

Mereces sentirte viva, no solo útil.

Quizás creas que no tienes tiempo para leer esto.

Pero si llegaste hasta aquí, por favor recuerda:

No estás fallando. Estás aprendiendo.

No estás rota. Estás herida.

No estás sola. Somos muchas.

Y juntas, poco a poco, vamos aprendiendo a sanar.

Este libro termina, pero tu historia sigue.

Y ojalá que después de esta lectura no solo sepas más sobre depresión postparto,

sino que sientas más permiso para llorar, para hablar, para pedir ayuda.

Más libertad para ser tú, con tus luces y tus sombras.

Y más certeza de que tu vida importa. Mucho.

Gracias por existir.

Gracias por resistir.

Gracias por maternar, incluso cuando nadie lo ve.

Con respeto, ternura y compromiso,

Las autoras.

(Madres, hijas, hermanas, escuchadoras... como tú.)

Fin del libro

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, C. T. (2002). Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(5), 282–287.
- Campo-Arias, A., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo: validación en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 572–580.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Mujeres y salud: maternidad segura en América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2021). Salud mental y derechos de las mujeres embarazadas y madres adolescentes. <https://www.unfpa.org>
- García, E., & Aguayo, F. (2016). Paternidad activa: una estrategia para la prevención de la violencia contra la infancia. Save the Children – Promundo.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión perinatal: aspectos clínicos y comunitarios. WHO Guidelines on Mental Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Guías sobre salud mental materna y del recién nacido en el contexto perinatal. <https://www.who.int>
- Ortega, L. & Morán, M. (2019). Círculos de cuidado entre mujeres: una herramienta comunitaria para el bienestar emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología Comunitaria*, 11(1), 55–74.
- Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador (2019–2025). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec>
- Red de Salud Materna de Ecuador. (2021). Salud mental en el posparto: realidades y desafíos en contextos rurales. Quito: Ministerio de

Salud y OPS.

- Romero, M. (2020). Derechos humanos y salud mental en América Latina. *Revista Internacional de Salud y Derecho*, 12(3), 123–140.
- Villacrés, M. & Terán, M. (2022). Estrategias de autocuidado para madres adolescentes en contextos rurales del Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Ciencias Sociales*, 14(2), 89–103.
- Zambrano, S. V., Verdezoto, C. L., & Bajaan, I. D. (2023). Impacto emocional del puerperio en zonas rurales: Estudio de caso en El Vergel. Universidad Técnica Estatal de Quevedo.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Alvarado, R., & Rojas, M. (2015). Experiencias de madres adolescentes en contextos de pobreza: análisis psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 345–360.
- Álvarez, D., & Vélez, E. (2021). Maternidad y salud mental: abordajes comunitarios desde la psicología feminista. *Revista de Psicología Social Comunitaria*, 18(1), 75–92.
- Barragán, D., & Velasco, L. (2017). Construcción social del cuidado en mujeres rurales del Ecuador. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, 6(46), 212–239.
- Berens, A. E., & Nelson, C. A. (2019). The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 392(10164), 388–398.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Díaz, C., & Jaramillo, A. (2020). Redes de apoyo y bienestar emocional en madres jóvenes de zonas rurales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(2), 621–640.
- Ferrer Pérez, V. A., & Bosch Fiol, E. (2018). Género, salud y poder: análisis de desigualdades en la atención sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 92(6), 1–10.
- González, M. L. (2018). Análisis legal de la salud mental como de-

recho humano en América Latina. *Derechos Humanos Hoy*, 10(4), 99–118.

- Harlow, B. L., Vitonis, A. F., Sparen, P., Cnattingius, S., Joffe, H., & Hultman, C. M. (2007). Incidence of postpartum depression in first-time mothers in relation to premenstrual syndrome and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 75–83.
- McLeish, J., & Redshaw, M. (2019). "Being the best person that they can be and the best mum": A qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-x>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Guía nacional para la atención integral en salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Quito: MSP.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud mental materna y del recién nacido en América Latina: necesidades y respuestas*. <https://www.paho.org>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248.
- UNICEF. (2021). *El impacto de la salud mental materna en la primera infancia*. <https://www.unicef.org>



ISBN: 978-9942-684-36-3

