

**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**  
**Trabajo final de grado**  
**Pre Proyecto de investigación**

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MATERNA EN  
EL PRIMER AÑO POSPARTO**

**Autora: Maricela González**

**Docente Tutora: Carolina Farías**

**Montevideo, Uruguay**

**Febrero 2016**

# ÍNDICE

<b>Fundamentación y antecedentes.....</b>	<b>1</b>
<b>Referentes teóricos.....</b>	<b>4</b>
<b>Formulación del problema y preguntas de investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>Diseño metodológico.....</b>	<b>12</b>
<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>14</b>
<b>Resultados esperados.....</b>	<b>14</b>
<b>Cronograma de ejecución.....</b>	<b>15</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>16</b>

# Resumen

Desde el presente pre proyecto de investigación se busca conocer la prevalencia de depresión materna en el primer año postparto, de aquellas mujeres atendidas en los Centros de Salud públicos y privados integrados al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), de Uruguay.

La depresión materna es una afección que conlleva consecuencias negativas para la mujer, y su entorno. En Montevideo se cuenta con cifras altas (16.5%) de prevalencia de depresión postparto, por lo que con este estudio, se pretende contribuir a dar visibilidad a una situación de vida de muchas mujeres uruguayas. Así como acceder a los primeros datos sobre la prevalencia de depresión materna en los departamentos del interior del país.

Para dicho propósito se utilizará una metodología cuantitativa y se aplicará la Escala de Edimburgo en todo el territorio Nacional. Una vez analizados los datos se proyecta conocer si existen factores de riesgo asociados, como ser residencia, edad y nivel socioeducativo. Así como valorar el supuesto de subdiagnóstico en relación a la depresión materna en Uruguay.

**Depresión materna- Escala de Edimburgo- SNIS**

## Fundamentación y antecedentes

En el presente estudio se pretende indagar y aportar información, sobre la depresión materna en Uruguay. Se busca valorar el porcentaje real y actual de mujeres que padecen de depresión posparto (DPP) en todo el país, planteando como interrogante la posibilidad de un subdiagnóstico en relación a esta problemática. En estudios anteriores realizados en la capital del país, (Montevideo) se han manejado cifras altas de DPP, dato que nos obliga a pensar de forma crítica las acciones de salud dirigidas al cuidado de la mujer. Así como en la necesidad de incorporar nuevas prácticas para su posible detección precoz y tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f., citado en Defey, 2009, p. 48) “estima entre 10 y 15 % la prevalencia de depresiones de distinta intensidad (que llegan a cuadros mayores) durante el primer año”. Muchas de estas madres no reciben apoyo a tiempo, lo que deriva en dificultades para la mujer, el bebe y la relación entre ambos. Contribuir a la rápida detección de la DPP, resulta fundamental para poder diseñar un tratamiento eficaz y así favorecer a la salud integral de la mujer y al desarrollo pleno de la diada mamá-bebe. La depresión posparto, es una afección que impacta sobre la madre y toda la familia, por lo que se procura promover la implicación de sus integrantes para el logro de un proceso favorable. Para ello es preciso trabajar en el primer nivel de atención en salud, a favor de la promoción y prevención del cuidado materno y la primera infancia.

Al respecto en Uruguay, se cuenta con escasos espacios de consulta y/o intercambio para la mujer posparto entendidos en el primer nivel de atención en salud. Ciertas instituciones brindan talleres de crianza, policlínica de lactancia o gimnasia posparto, incrementando así espacios donde poder identificar dificultades en el puerperio. Pero debido a que tanto a nivel público como privado de salud, no se cuenta con consultas específicas para puérperas, recae la responsabilidad de una posible detección primaria de DPP, a la consulta ginecológica regular o la visita al pediatra.

En este aspecto, el presente pre proyecto de investigación, pretende valorar la efectividad de las prácticas enmarcadas en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en relación al Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), enfocando dicha valoración a las mujeres dentro del primer año posparto. Para ello se basa en el propósito que plantea en setiembre de 2011 la incorporación del Plan de Salud Mental a todos los prestadores de salud. Con dicho plan se pretende “contribuir a mejorar la situación de salud de la población del país a través de la implementación de nuevas prestaciones en salud mental para el periodo 2011-2015” (MSP, 2011, p.8).

En Uruguay, se realizó en el 2011 el primer estudio sobre la prevalencia de depresión materna en el primer año postparto. Este, representa un enfoque en dicha problemática, basado en la importancia de esta etapa en la vida de las familias. Dicha investigación se realizó en Montevideo, con anterioridad a la incorporación de las prestaciones de salud mental en el SNIS. Como

resultado “se obtuvo una prevalencia general de 16.5% de madres de niños mayores a seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo con síntomas de depresión” (Corbo, Defey, D’Oliveira, 2011, p.11).

El resultado obtenido en el departamento de Montevideo es mayor que los porcentajes manejados actualmente a nivel mundial. Razón que despierta interrogantes en cuanto a cómo interfiere dicha problemática en la calidad de vida de las madres y de los niños de este departamento. Así mismo, provoca la necesidad de conocer la realidad del interior e impulsa a pensar nuevas herramientas y acciones dirigidas a favorecer la detección precoz de la DPP en nuestro país. Para aportar en esa línea de trabajo es que se pensó en la presente investigación.

En el pre proyecto se utilizará la Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) en su versión traducida y validada al español, para la efectiva detección de síntomas depresivos. Dicha escala, “se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto” (Cox, Holden, Sagovsky, 1987, p.1). Es el instrumento más utilizado para la identificación de la DPP, tanto a nivel clínico como en investigaciones.

En Uruguay, en el año 1996 Da Luz y cols, por medio de la Facultad de Medicina realizaron un estudio centrado en la maternidad, para evaluar aspectos psicosociales y las repercusiones en el vínculo madre-bebe. Esta investigación, no utilizó la Escala de Edimburgo como instrumento de evaluación. En la misma señalaron como importante “la evaluación del estado psicoemocional de la mujer a lo largo de todo el primer año” (Corbo et al., 2011, p.40).

La primer investigación de nuestro país, que utilizó la EPDS como instrumento de detección, es del año 2002, bajo el título “Depresión post parto e intervención temprana” realizada en Centros Materno-Infantiles y Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social. En esta investigación se tomó como punto de corte 10 puntos, y de su universo de análisis, (57 madres), 14 de ellas obtuvieron un puntaje igual o superior a 10 (Addiego y cols, 2002, citado en Corbo et al., 2011, p. 40). Cabe señalar que el punto de corte es distinto del que haremos uso en la siguiente investigación, en el caso que fuera igual, (12 puntos) hablaríamos de un 5 % de madres con síntomas de DPP en ese momento y lugar.

A través de Facultad de Medicina, en el año 2008, en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, se aplicó un cuestionario (no la Escala) con el fin de detectar depresión materna. Como resultado, señalan que “con intervenciones terapéuticas breves, los niños mejoraron” (González Piriz y cols, 2008, citado en Corbo et al., 2011, p.40).

Desde el año 2009 a esta parte, las investigaciones que se han realizado a nivel local sobre la prevalencia de depresión postparto han utilizado como instrumento de detección de síntomas la Escala de Edimburgo. Ese mismo año, Vanessa Berruti, (2009, citado en Corbo et al., 2011, p.40)

obtuvo una “prevalencia de 18.3 % de depresión materna en el primer año”, al utilizar la escala de Edimburgo y un cuestionario ad-hoc en un centro de salud del Cerro.

En el 2011, se llevó a cabo el primer estudio de prevalencia de depresión materna en el primer año postparto, realizado en los servicios de salud públicos y privados del departamento de Montevideo. Como ya señalamos, el resultado obtenido fue de una prevalencia de 16.5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año con síntomas de depresión (Corbo et al., 2011).

Hasta el momento en Uruguay, el último estudio encontrado sobre DPP, fue realizado en el año 2014 en Montevideo, por medio de la Facultad de Enfermería. “Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo” (Aristimuño, Gularte, Milán, Olivera y Santana, 2014), es el nombre del trabajo final de investigación, desarrollado en una policlínica de Casavalle en octubre 2014. En el mismo, se señala que a través de la aplicación de la escala de Edimburgo a 31 puérperas, se obtuvo una prevalencia de DPP de 41.94%.

A nivel internacional también se han realizado estudios sobre DPP, muchos de ellos han aplicado la escala de Edimburgo para la detección de síntomas. Es el caso de Brasil, que en el año 2004 se realizó un trabajo con el propósito de conocer la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en un Hospital de Brasil, para dicho fin aplicaron la escala de Edimburgo, obteniendo una prevalencia de test positivo de 22,2% (Moreno, Domingues y Sergio, 2004).

En Chile, se encuentran varias publicaciones al respecto, manejando cifras que oscilan “entre un 8 % a 30% de depresión en las mujeres en el período posparto” (Rojas et al., 2006, p.714). En el año 2007 en Chile, se publicó un estudio aplicando la escala de Edimburgo, el cual señala que “de las 50 puérperas estudiadas, 11 de ellas (22%), obtuvieron un test positivo para riesgo de depresión posparto” (Pérez et al., 2007, p.189). En consecuencia de estas cifras, en este país desde el año 2014, se cuenta con un “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” realizado por el Ministerio de Salud de Chile.

En el 2011 en Venezuela se propuso determinar los factores de riesgo de depresión posparto en puérperas atendidas en la maternidad del Hospital Universitario de Maracaibo, por medio de la escala de Edimburgo, a través de la aplicación a 100 mujeres, se obtuvo una prevalencia de test positivo del 91 %. En consecuencia, confirmaron mediante el uso de DSM-IV, una prevalencia de DPP de 22 % (Urdaneta et al., 2011).

En ese mismo año, en Colombia, en el Hospital San Juan de Dios, Cali, mediante la escala de Edimburgo se halló una prevalencia de 46,3% en un universo de 149 mujeres estudiadas. Como dato importante de dicha investigación se señala, que de ese 46,3%, el 21% habían tenido ideas suicidas en la última semana (Cuero y Díaz, 2013).

# Referentes teóricos

## Psicología de la salud

Hace varios años que en casi todos los países de América Latina y el Caribe, se comenzaron reformas en lo que concierne a la salud. Una de las bases en la que se apoya esta reforma es en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), aprobada con Alma Ata en 1978. La APS se caracteriza por tres puntos, según Saforcada (2001) el primero “prioriza la atención de los problemas de salud de mayor prevalencia y/o de mayor efecto multiplicador, los que a su vez, son los de menor complejidad desde el punto de vista científico-técnico” (p.37); el segundo promueve la participación y el tercer punto hace referencia a “Jerarquizar la protección y promoción de la salud y el control de los factores de riesgo por sobre la asistencia de la enfermedad” (Saforcada, 2001, p.37).

Así mismo, se plantean niveles de atención en salud, como forma de organizar los recursos. Existen tres, el primero es el más cercano a la población. En el mismo se atienden las necesidades básicas y frecuentes, de baja complejidad. Se llevan a cabo actividades de promoción de salud, prevención, rehabilitación y diagnóstico precoz. Al respecto, Saforcada (2001), le otorga a este nivel gran importancia, remarcando los beneficios de trabajar con la población sana.

En el segundo nivel de atención, se tratan casos de complejidad media. Se entiende que entre el primer y segundo nivel se pueden solucionar gran parte de los problemas de salud de la población. Ya que en este segundo nivel se da atención integral a las hospitalizaciones breves o de media estancia. (Ley N° 18.211, 2007)

El nivel que representa mayor grado de complejidad, es el tercer nivel de atención. Dado que en él se tratan casos que requieren procedimientos especializados y con alta tecnología. En este nivel, se atienden patologías complejas.

Siguiendo el objetivo de salud para todos en el nuevo milenio (ODM), es que se trabajó en la importancia de la educación, promoción y prevención en salud, integrando todas las etapas del desarrollo, incluso la materna e infantil. A su vez, es que persiguiendo dicho objetivo, se comienza a pensar en los psicólogos en el primer nivel de atención. Considerando la salud de forma integral, generando desde la psicología aportes al proceso salud-enfermedad-atención. Pensando al psicólogo incorporado al campo sanitario, y no como la suma fraccionada de un profesional más. Al respecto, Morales (1999), nos habla de un psicólogo enterado de las problemáticas de su contexto, orientado a generar cambios en el ambiente que deriven en cambios comportamentales. Según Gandolfi y Sívori, (2003, citado en Sívori, 2010, p.9) “la psicología de la salud es un campo

de aplicación de los conocimientos psicológicos en relación al proceso salud enfermedad-acción dentro de un marco antropológico-sanitario y contextualizada en una perspectiva histórico y social”.

Al respecto Saforcada (1999), teorizó sobre dos modelos, uno de ellos es el “Individual – Restrictivo” con el cual se actúa cuando el daño aparece. En este modelo, la demanda es esperada de manera pasiva por parte de los profesionales y un segundo modelo “Social – Expansivo” el cual se centra en la relación salud-enfermedad, extendiéndose al ambiente en general. Desde este último, se busca hacer promoción desde lo sano, tomando una actitud activa.

Reflexionando en relación a los modelos, se refleja la importancia de la aplicación de la Escala de Edimburgo como forma de detección preventiva. La misma, es una herramienta que posibilita la promoción y prevención en el primer nivel, sin gastos agregados. Gracias a ella se puede actuar a favor de la salud, en forma dirigida a las puérperas y dar fin a la espera pasiva por parte de los profesionales, que solo trabajan cuando la enfermedad está instalada.

## **Maternidad**

Es de interés de esta investigación abordar los fenómenos relacionados a la maternidad y sus aspectos negativos, sin olvidar con ello las características positivas, y las vivencias gratificantes de esta experiencia.

En estos últimos tiempos, se ha trabajado a favor de entender a la mujer de forma integral, enfocando que ser mujer no es sinónimo de maternidad, por lo que esta última no define a la mujer (Defey, 2009). Sin embargo, en culturas como la nuestra la presión sobre la mujer en cuanto a la decisión de ser madre o no, sigue teniendo un lugar importante. Incluso una vez sumergidos en la maternidad, la presión social impacta sobre la mujer, sobre su nuevo rol, sus expectativas, sus emociones, exigencias, preocupaciones y cuidados. El ideal de la maternidad, recae en exigencias inalcanzables para la mujer real, lo que deriva en una creencia de supuesta incapacidad maternal (Corbo et al., 2011).

A nivel país, se han integrado conceptos como sexualidad y reproducción, se ha creado la ley sobre la defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (N° 18.426), se han redactado guías para la atención de la mujer, se brinda un subsidio y licencia por maternidad, pero a pesar de estos avances en leyes y derechos, los cuidados hacia la mujer en esta etapa vital no son suficientes, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las últimas investigaciones sobre DPP en nuestro país. Estas reflejan como necesario, la incorporación de un enfoque dirigido al cuidado materno considerando a la mujer actual y sus necesidades.

Es en esta línea de pensamiento, que la promoción del amamantamiento, como el alimento ideal para el niño, en ocasiones puede sobrevenir en una vivencia más de exigencia para la madre.

Desde lo social, se enuncia “Dar la teta es dar lo mejor de vos”; “El pecho materno es lo ideal”; “Nada más perfecto que tu propia leche”. Frases cargadas de presión, que frente a la mínima dificultad suele incidir negativamente en la autoestima y estado de ánimo de la puérpera, generando un círculo un tanto vicioso, ya que ese estado influye en forma negativa en la lactancia.

## **Depresión materna**

En el transcurso del embarazo y el puerperio, se experimentan cambios que en ocasiones deriva en consecuencias negativas para la propia mujer y el desarrollo del niño. Luego del parto, en la madre se da inicio de forma rápida y encadenada modificaciones a nivel físico, afectivo, emocional y social, generando en ocasiones movilizaciones intensas y/o desequilibrio en la madre. Estas alteraciones, representan dificultades en la salud y limitan su posibilidad de disfrute.

En el puerperio, se vivencia una hipersensibilidad y sugestionabilidad exacerbada que posiciona a la mujer en un lugar vulnerable. Al respecto Winnicott (1956), introduce el concepto de “**preocupación maternal primaria**”, entendiéndolo el estado particular que vivencia la madre en este primer momento. Menciona una condición psiquiátrica que la madre debe alcanzar.

Gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo. Iría aún más lejos y diría que el recuerdo que de este estado conservan las madres tiende a ser reprimido (Winnicott, 1956, p.407).

El autor, plantea la necesidad de ese estado de sensibilidad, de enfermedad, aclarando “utilizo la palabra enfermedad, porque una mujer debe estar sana, tanto para alcanzar este estado como para recobrar de él cuando el pequeño la libera” (Winnicott, 1956, p.408). Es esta sensibilidad, que funciona como empatía para la mamá, quien logra casi siempre entender y así intentar satisfacer las necesidades de su bebe, convirtiéndose en una “madre suficientemente buena”.

En la **depresión materna** esta empatía se ve obstaculizada por una serie de síntomas que impactan y afectan a la mujer, obstaculizando el desarrollo placentero de la maternidad. Corresponde a un trastorno que aparece luego de las primeras semanas postparto. “Se caracteriza por intensos sentimientos de culpa en relación al hijo, la dificultad de disfrutarlo, junto a enormes esfuerzos llenos de vergüenza y desesperanza respecto a las funciones maternas” (Corbo et al., 2011, p.10).

La DPP tiene inicio “básicamente debido a factores situacionales que resultan agobiantes o humillantes para la madre (especialmente dificultades en la pareja, problemas acuciantes económicos, enfermedad o muerte de personas muy cercana)” (Defey, 2009, p.48).

Existen distintas posturas en cuanto a entender la depresión como un cuadro en sí mismo (ICE-10) o entenderla como una depresión con inicio en el periodo posterior al parto (DSM IV-R). Autores como Romito y grupos feministas, (1990, citado en Assanelli y Defey, 1997, p.1) “cuestionan la depresión puerperal como entidad nosográfica, planteando que se trata de una forma en que las disciplinas médicas han buscado catalogar a las mujeres sin comprender sus vivencias en este período y frente a la maternidad en general”.

Al respecto en la investigación sobre “De-presiones maternas”, refieren que

Se trata fundamentalmente de un problema existencial que es necesario entender y abordar por medios psicosociales que pueden ir desde diferentes formas de psicoterapia hasta intervenciones comunitarias simples o acciones preventivas colectivas que desculpabilicen a las madres, las preparen para la realidad de la maternidad y las protejan de un ideal engañoso y traicionero (Corbo et al., 2011, p.24).

Previo al diagnóstico de depresión materna, es preciso diferenciar entre Baby Blues y psicosis puerperal. Así como también, conocer la existencia de alguna patología previa, como puede ser anemia, o problemas en la tiroides ya que estas enfermedades orgánicas pueden alterar el funcionamiento psíquico de la mujer.

La DPP, se diferencia de lo conocido como **Baby Blues**, ya que este último se considera “como una crisis evolutiva con elementos de tristeza, llanto e inseguridad ligados al inicio de la maternidad, el cual posee un importante componente neuroendócrino y suele tener una resolución espontánea (siendo necesario un adecuado soporte psicosocial)” (Corbo et al., 2011, p.10).

El mismo suele tener su inicio en los tres primeros días postparto. Este estado que experimenta la mujer, se caracteriza por cambios del estado de ánimo, a respuesta de la mezcla de emociones de satisfacción, temor y dolor, producto de los desafíos que se presentan en la etapa del puerperio. Según el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2014), en su Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, el Baby Blues, “oscila entre un 50% y un 80% de las puérperas, de acuerdo a diferentes autores” (p.105).

En el fascículo Psicopatología del Puerperio, (Assanelli, y Defey, 1997) hacen referencia a que algunos autores le otorgan a este estado gran importancia, debido que puede considerarse como factor de riesgo para las patologías del puerperio.

A su vez, se diferencia una depresión puerperal neurótica, o menor de lo que en “Psicopatología del puerperio”, Assanelli y Defey (1997), describen como **depresión puerperal patológica**, donde “el riesgo de infanticidio existe no como acto de agresión manifiesta sino como acto de amor” (p.5). Detallan a una mujer desbordada e incapaz de asumir su nuevo rol. Señalan, que esta patología, constituye el “40% de las internaciones psiquiátricas que se producen dentro de los tres primeros meses del posparto” (Assanelli y Defey, 1997, p.5). El cuadro se puede presentar de forma fóbica o con actitudes obsesivas. Dichas autoras también presentan la depresión puerperal

patológica en su forma maniaca, describiendo una mujer que alterna entre la hiperestimulación y el abandono hacia el niño.

Además, se requiere un diagnóstico diferencial de **La psicosis puerperal**. La misma, tiene lugar a los pocos días del nacimiento, y por lo general se inicia de forma abrupta, con una duración de pocas semanas. Según Assanelli y Defey (1997) “Se encuentra en el grupo de las psicosis delirantes agudas, por lo cual no implica una psicosis clínica previa, si bien generalmente surge en el campo fértil de una personalidad prepsicótica” (p.4).

Es un cuadro psicopatológico de baja prevalencia y por sus características, este trastorno es de rápida detección por el personal de la salud. Al respecto, Henri Ey (1996) menciona que “el estado confusional puede ser discreto (simple obnubilación) o grave y confinar al estupor. Generalmente, se trata de un estado confusional de tonalidad ansiosa” (p.712). Esta patología, se presenta como un cuadro de gravedad tanto para la mamá como para el niño pero de resolución favorable para la mujer a largo plazo con tratamiento oportuno y eficaz.

En relación a los **posibles indicadores de depresión postparto**, en múltiples estudios se han evaluado características asociadas a una potencial DPP, como son la edad, cantidad de hijos, problemas en la lactancia, antecedentes psiquiátricos, dificultad en el embarazo, problemas de pareja, bajo nivel socioeducativo, todas ellas consideradas relacionadas pero no determinantes por sí mismo. Según Corbo et al. (2011) se observa mayor presencia de síntomas en “los estratos que pueden estar asociados a niveles socioeconómicos más bajos (bajo nivel educativo, menor presencia de trabajo remunerado y fuerte concentración en las atendidas en ASSE)” (p.68).

Uno de los riesgos de no tratar la DPP de manera oportuna, son las **repercusiones de este trastorno en la relación madre- bebe y en el futuro del niño**. En “el primer año de vida del niño” de Spitz (1994) hallamos la importancia que tiene los afectos en este primer vínculo, el autor señala, “la ternura de la madre le permite ofrecer al niño una extensa gama de experiencias vitales y su actitud afectiva determina la calidad de la experiencia misma” (Spitz, 1994, p.25). La madre con DPP, se siente incapaz de su nuevo rol, lo que limita la interacción con el bebe.

Para Winnicott (1956), “Un medio suficiente en la primera fase permite que el pequeño comience a existir, a tener experiencia, a construirse un yo personal, a dominar los instintos, y a enfrentarse con todas las dificultades inherentes a la vida” (p.411). Es por eso que realza el estado de “preocupación maternal primaria” como un estado a alcanzar por la madre para así aportar a un óptimo desarrollo del niño. En consecuencia, Noemí Lustgarten de Canteros (2014) sostiene “que la función parental está implícita en la función de sostenimiento (holding)” (p.187). Continúa diciendo,

El sostenimiento se despliega en una dimensión temporal, entre el infans y la madre. Se inicia en la posibilidad de brindar un máximo de adaptación, satisfaciendo las necesidades del ego, en los inicios en estado de extrema inmadurez, y va produciendo una desadaptación gradual adaptativa siempre en función de la maduración relativa del infans” (Lustgarten, 2014, p.187).

Cuando la función de sostenimiento se ve alterada se reflejan repercusiones en el futuro del niño. Por ello, Rotenberg (2014), menciona “cuando la respuesta de la función parental es casi siempre distorsionante, el bebé crece en un estado confusional, no pudiendo integrar sus sensaciones y necesidades vitales con las respuestas que le devuelve la madre/padre” (p.43). Resulta importante pensar en una función parental, ya que el bebe necesita de un adulto que responda a sus necesidades, no exclusivamente su madre.

Actualmente se cuenta con distintas posturas en relación a las repercusiones de la depresión materna en los hijos. Según el Ministerio de Salud Pública de Chile (2014) existen múltiples investigaciones sobre DPP que, “han encontrado efectos negativos a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos” (p.10). Sin embargo, en otros estudios señalan que “las repercusiones sobre los niños no son tan claras, jerarquizando su potencial reversibilidad y sesgos en la metodología de evaluación” (Corbo et al., 2011, p.10).

## Formulación del problema y preguntas de investigación

El bienestar de las mujeres, de los hijos, de la familia y por ende de la comunidad es responsabilidad de todos como sociedad. Por lo que investigar sobre ello es abrir caminos para comprender y aportar en salud. Siguiendo esta línea, desde el año 2005 en Uruguay se han realizado cambios en lo referente a la salud. Esta reforma en el sistema de salud se concreta en el año 2008, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (de ahora en más SNIS). Según la ley N° 18.211 (2007), “se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” (p.1).

El SNIS articula a los prestadores tanto públicos como privados del Uruguay. Mantiene como principios rectores la promoción de la salud, la intersectorialidad, la accesibilidad, la cobertura universal, la equidad, la calidad integral de la atención y la participación social, entre otros (Ley 18.211, 2007). Busca con estos principios alcanzar una mejor calidad de vida, implementando un modelo de atención integral poniendo énfasis en la atención primaria de salud, priorizando el primer nivel de atención. Cuenta con actividades desde lo público y privado orientadas a la promoción y protección de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno. Así como acciones de recuperación, rehabilitación y cuidado paliativos.

Se toma de base los objetivos del SNIS, para la creación del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) desde donde “se considera como inseparable el concepto de salud mental del concepto de salud integral” (MSP, 2011, p.7). Es por ello, que las nuevas prestaciones en lo referente a la salud mental, se suman a los cambios en el modelo de atención siguiendo los principios ya señalados en SNIS. Dentro del PNSM, se implementa como necesario, el apoyo a las embarazadas primerizas, puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza, madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión, así como también a madres deprimidas en el primer año de vida del niño. Dicha inclusión se basa en la vulnerabilidad de esta población en esta etapa de la vida. Es por ello que el presente pre proyecto cuestiona las actividades planteadas desde el SNIS y se centra en conocer los datos reales y actuales de prevalencia de depresión materna en Uruguay. Es el supuesto de un subdiagnóstico en relación a la DPP, lo que hace pensar la necesidad de nuevas herramientas y prácticas de detección. Además, despierta la urgencia de pensar en forma crítica la calidad de vida de muchas mujeres uruguayas.

Son las siguientes interrogantes las que producen el pre proyecto:

¿Cuál es la prevalencia de depresión materna en el primer año postparto, de aquellas mujeres atendidas en los Centros de Salud públicos y privados, de Uruguay?

¿Qué implica para la psicología cambiar de modelo de atención en salud?

¿Se puede detectar las nuevas actividades propuestas en el SNIS?

## **Objetivos del proyecto**

### **Objetivo general**

Analizar a través de los datos recogidos por la Escala de Edimburgo, la prevalencia de depresión materna en el primer año postparto de aquellas mujeres atendidas en los Centro de Salud públicos y privados integrados al SNIS de Uruguay.

### **Objetivos específicos**

- Valorar el supuesto de subdiagnóstico en relación a la DPP, en Uruguay.
- Conocer si existen factores de riesgo asociados a la DPP, como ser edad, residencia y nivel socioeducativo.

## Diseño metodológico

Para el logro de los objetivos aquí planteados se propone realizar una investigación de tipo cuantitativa. El enfoque cuantitativo según Hernández, Fernández, y Baptista (2008) “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.5). Con dicho enfoque se busca explicar y predecir lo estudiado para de esta forma generar un conocimiento real y amplio del fenómeno.

En consecuencia, se pensó en una metodología cuantitativa descriptiva, debido a que se pretende recolectar y medir datos para así describir el tema en concreto (depresión posparto). Dichos datos serán obtenidos mediante la autoadministración por parte de las madres, de la **Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)**.

La **EPDS**, es la más adecuada para conocer el sentir de la mujer durante la semana anterior a su aplicación. La misma brinda un mayor acceso y da confiabilidad a la investigación. Resulta positiva su autoadministración, para descartar la impronta del entrevistador, y acercarnos a la objetividad pretendida. Dicha escala, consta de diez declaraciones con cuatro posibles respuestas. El puntaje de cada ítem varía entre 0 y 3 según gravedad. A mayor puntaje, mayor probabilidad de depresión posparto. Según una investigación realizada en Chile, “La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítemes incluyen la disforia, 2 ítemes están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración” (Pérez et al., 2007, p.188). EPDS es la más utilizada en investigaciones sobre depresión posparto, a nivel internacional y local, a pesar de la misma no estar validada para nuestro país. En consecuencia y con el fin de poder comparar con otros estudios, es que en el presente pre proyecto consideramos como punto de corte la suma de 12 puntos.

### **Población**

El estudio se realizará en un periodo de 18 meses, en todo el territorio Nacional, incluyendo prestadores de salud públicos y privados tanto de Montevideo como del interior del país. Se pretende contar con mujeres de todas las edades, considerando las particularidades de cada momento evolutivo, pero sin pensar como factor de riesgo ninguna franja etaria por sí misma. Se tomará como motivo de exclusión las madres de bebés menores de 6 semanas (intentando de esta manera no confundir con la presencia de baby blues) o mayores a un año de nacidos. Abarcando de esta forma a las madres uruguayas que se encuentren en el transcurso del primer año posparto.

Para considerar el tamaño de la muestra, se solicitará información al MSP, sobre todos los prestadores de salud del Uruguay, incluyendo de este modo las 45 mutualistas y las policlínicas

de ASSE en los 19 departamentos. Considerando la cantidad de nacimientos en el transcurso del año 2015, es que podremos evaluar la cantidad de mujeres a consultar en los distintos centros de salud y de igual forma, seleccionar las instituciones en las cuales realizar la investigación. Esta última selección se basará en las instituciones con mayor número de nacimientos, tanto en salud pública como privada de todo el territorio Nacional.

A razón de poder comparar los resultados de este estudio, (los datos de Montevideo), con los obtenidos en el primer estudio de prevalencia de depresión materna en Montevideo en el 2011, es que utilizaremos el mismo método (muestreo aleatorio) para obtener el tamaño de la muestra.

Una vez resuelto en que institución pública y privada trabajar, (no más de dos por departamento) se solicitará en forma escrita y dirigida a quien corresponda, la petición formal de su participación en la investigación presente. Para ello se explicará la justificación y procedimiento del estudio a llevar a cabo dentro de cada centro. Además del compromiso, de una vez finalizado el proyecto brindar la información recabada.

### **Captación y Aplicación**

Para acceder a las mujeres que se encuentran en el transcurso del primer año posparto (excluyendo a las madres puérperas con menos de seis semanas posparto), se entregará junto con la orden de la consulta pediátrica un sobre cerrado, conteniendo la escala de Edimburgo, el consentimiento informado, así como una breve explicación del porqué de la presente investigación de carácter anónima y voluntaria. Se solicitará por escrito, que una vez finalizada la autoadministración de la escala, se haga entrega del sobre en el mismo lugar donde se retiró.

Las consultas pediátricas, se consideran la mejor opción para llegar a una gran cantidad de mujeres, debido a que en su mayoría, los tiempos de espera son prolongados. Teniendo una duración de entre 2 y 3 horas con por lo menos diez niños registrados por consulta pediátrica. Lo que brinda la posibilidad de acceder a un amplio número de madres. A su vez, por recomendación de MSP, los controles de los niños hasta el primer año de vida son más frecuentes (hasta los 6 meses una vez por mes y luego hasta el año cada dos meses) lo que hace más probable la concurrencia a estas consultas.

Para que la muestra sea lo más representativa posible, se solicitará a cada institución elegida, un listado con las sedes, días y horarios de los pediatras. Una vez conocida esa información, se hará llegar a cada Centro de Salud, los sobres cerrados, identificados para hacer entrega en cada consulta. Pretendiendo así abarcar centros públicos y privados en los distintos barrios de Montevideo y el interior, a su vez de diferentes días de la semana y horarios.

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio de investigación, basa su línea de trabajo en el decreto N° 379/008, el cual concierne a las investigaciones con seres humanos.

Siguiendo su prescripción es que se brindará consentimiento informado como requisito previo a la realización de la Escala. Se solicitará lectura y firma del mismo. Allí se explicitará que la realización de la Escala, no tendrá ningún costo ni compensación económica, además de no tener ningún riesgo asociado con la participación en el estudio. Explicando también el derecho a negarse a su realización desde un comienzo.

Se garantizará la confidencialidad y resguardo de la identidad a las mujeres. A su vez, se ofrecerá información sobre los objetivos y el alcance de la investigación tanto a las autoridades de las Instituciones de salud en los que se desarrollará el estudio, como de solicitarlo a las participantes del mismo.

## **Resultados esperados**

A partir de los objetivos planteados, se pretende aportar datos concretos y actuales sobre la prevalencia de depresión materna en Uruguay.

Así como también, se proyecta identificar si la inclusión de las prestaciones en salud mental en el SNIS, específicamente las intervenciones dirigidas a las mujeres dentro del primer año posparto, han favorecido a la mejora en salud.

Por último, se procura que los datos obtenidos mediante el presente estudio, sirvan para la profundización de nuevos trabajos académicos al respecto. Así como también a mejoras en la salud de la mujer uruguaya.

# Cronograma de ejecución

Actividades a realizar	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	Mes 17	Mes 18
<b>Revisión bibliográfica</b>																		
<b>Tramites en el MSP:</b> (Cantidad de nacimientos en las distintas instituciones de salud.)																		
<b>Análisis previo al trabajo de campo:</b> (En que instituciones públicas y privadas de Montevideo y el interior trabajar.)																		
<b>Presentación del pre proyecto</b> a las autoridades de cada centro de salud																		
<b>Toma:</b> Aplicación de la Escala																		
<b>Análisis</b> de los datos e información																		
<b>Elaboración de informe final</b>																		
<b>Presentación y difusión de los resultados</b>																		

## Referencias bibliográficas

- Aristimuño, N., Gularte, G., Milán, M., Olivera, C. y Santana, S. (2014). *Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo*. (Tesis de grado inédita). Facultad de Enfermería, Montevideo, Uruguay.
- Assanelli, M., Defey, D. y Gaspar, E. (1997). Psicopatología del puerperio. *Temas de Medicina*, 3, 1-10.
- Corbo, G., Defey, D. y D´Oliveira, N. (2011). *De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia*. Montevideo, Uruguay: PNUD y MSP.
- Cox, J., Holden, J. y Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de post-parto de Edinburg. *Revista Británica de psiquiatría* (150) Recuperado de [http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah\\_cpdp\\_pp\\_depression\\_screening\\_sp.pdf](http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah_cpdp_pp_depression_screening_sp.pdf)
- Cuero, O. y Díaz, A. (2013). Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 371-378.
- Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195229800003>
- Defey, D. (2009). *El trabajo psicológico y social con las embarazadas y sus familias en los Centros de Salud*. Montevideo, Uruguay: CAIF y PNUD.
- Recuperado de <http://www.adasu.org/prod/1/234/Librillos.Plan.Caif.-.INAU.-.UNDP..pdf>
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. (1996). Psicosis puerperales. En H. Ey, P. Bernard y CH. Brisset (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp.708-717). Barcelona, España: Masson S.A.
- Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. D.O. 13 dic/007 - N° 27384 (2007)
- Lustgarten, N. (2014). La parentalidad desde la perspectiva de Donal W. Winnicott. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades: Interdependencias transformadoras entre padres e hijos* (pp.183-193). Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Montevideo, Uruguay: Autor. Recuperado de

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2011). *Guía de procedimientos para implementar el plan de prestaciones de salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Montevideo, Uruguay: Autor.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2014). *Guías en salud sexual y reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo, Uruguay: Autor. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf)

Ministerio de Salud Pública de Chile. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile: MINSAL. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

Morales, F. (1999) Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En F. Morales, *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 21-64). Buenos Aires: Paidós.

Moreno, A., Domingues, L. y Sergio, P. (2004). Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(3), 209-213.

Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000300005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262004000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300005&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262004000300005).

Pérez, R., Sáez, K., Alarcón, L., Avilés, V., Braganza, I. y Coleman, J. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Revista obstétrica ginecológica de Venezuela*, 67(3), 187-191. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V. & Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*, 134(6), 713-720. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872006000600006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872006000600006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872006000600006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872006000600006).

- Rotenberg, E. (2014). La "función parental verdadero self", base de la integración del Yo. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades: Interdependencias transformadoras entre padres e hijos* (pp.37- 69). Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Saforcada, E. (1999). Análisis de las concepciones y prácticas en salud. En *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención en salud* (pp.63-103). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Proa XXI.
- Sívori, J. (2010). *Psicología de la salud: Tendencias de la psicología de la salud. Descripción de las principales vertientes (segunda parte)*. Montevideo, Uruguay: CEUP.
- Spitz, R. (1994). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N. y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262011000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-75262011000200007).
- Uruguay Poder Ejecutivo (2008). Decreto 379/008. Investigación en Seres Humanos. Recuperado de <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp.405-412). Barcelona, España: Laia.

# **ANEXO**

## ***EPDS***

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha de nacimiento del bebe:**

**Localidad/ Barrio:**

**Nivel de estudios:**

## **ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)**

Como usted recientemente ha tenido un bebé queremos saber cómo se está sintiendo. Por Favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se siente hoy.

Por ejemplo, si la pregunta es: Me he sentido feliz

-Sí todo el tiempo

-Sí, la mayor parte del tiempo **(X)**

-No, no muy a menudo

-No, nunca

Si elige la que está marcada significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

### **1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas**

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

### **2. He mirado el futuro con placer**

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian**

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Cox, J., Holden, J. y Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de post-parto de Edinburgo.  
*Revista Británica de psiquiatría* (150)

