



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Rina Fagundez

Br. Olga Pereira

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Natalia Ávila

Montevideo, Diciembre 2019

AGRADECIMIENTOS

La etapa universitaria es algo más que asistir a clase, estudiar y hacer exámenes. La universidad es aprendizaje, cultura, relaciones con los compañeros y también ocio y diversión.

Agradecemos a cada persona ya sea familiares, amigos, compañeros que estuvieron en esta etapa, apoyando cada sueño, sabiendo respetar los momentos que trascurrimos para lograr lo que un día solo fue una simple idea.

Agradecemos a la institución que nos ha abierto sus puertas a un mundo de conocimientos donde aprendimos a reconocer nuestras fortalezas y debilidades, gracias a los docentes por compartir de su conocimiento y experiencias para contribuir con nuestra formación; y al personal no docente que en diversas oportunidades estuvieron dispuestos y presentes para acompañarnos.

Gracias a la tutora y co-tutora por acompañarnos y guiarnos en la formulación de lo que hoy es nuestro trabajo final de grado, gracias por cada aporte y por su tiempo dedicado.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Marco Teórico.....	9
Depresión Posparto.....	14
Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPD).....	19
Factores de Riesgo.....	21
Análisis trabajo autora Raquel Soifer.....	30
Depresión Posparto Paterna.....	45
El Rol de la Obstetra Partera.....	47
Tratamiento.....	49

Antecedente.....	54
Objetivos.....	57
Metodología.....	58
Presentación Análisis y Discusión de Datos.....	61
Caracterización de la Población Objetivo.....	61
Conocimiento y/o nivel de experiencia en la temática.....	64
Consideraciones Finales.....	68
Referencia Bibliográfica.....	71
Anexo I: Entrevistas.....	76
Anexo II: Consentimiento Informado.....	97
Anexo III: Aval de Comité de Bioética y Consejo de Facultad de Medicina.....	109

RESUMEN

Este trabajo fue realizado como requisito para la obtención del título de Obstetra Partera.

Entendemos la depresión materna o posparto como un cuadro de alta prevalencia (10 -15% según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud) que aparecen luego de la primera semana posterior al parto. El mismo, suele extenderse en el tiempo, incluso más allá del primer año y se caracteriza por intensos sentimientos de culpa en relación al hijo, la dificultad de disfrutarlo, junto a enormes esfuerzos llenos de vergüenza y desesperanzas respecto a las funciones maternas.

Es sabido que, en el transcurso del embarazo y el puerperio, la mujer experimenta cambios que no siempre tienen un impacto positivo en su salud o la del niño/a.

Luego del parto, se suceden una serie de cambios tanto a nivel físico, afectivo como social, implicando en muchos casos movilizaciones que requieren una especial atención y acompañamiento de los profesionales de la salud.

Estos cambios, de no ser abordados oportunamente pueden incidir directamente en la relación madre - bebé y por tanto en el desarrollo de este último, en tanto su madre no se siente capaz (y en ocasiones no logra) responder a las necesidades del bebé.

El presente trabajo se enmarca en el actual Sistema Nacional Integrado de Salud, considerando para el análisis del tema sus principios rectores: Promoción de Salud, Intersectorialidad, Universalidad, Accesibilidad, Prestaciones, Orientación Preventiva Integral y Humanista y la Calidad Integral de la Atención, con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención y la Atención Primaria de la Salud (APS).

Consideramos que, nuestro rol como parte del equipo de salud presente en esta etapa de la mujer, es de promover factores protectores de la salud, buscando prevenir la aparición de cuadros nocivos para la salud de la población con la que trabajamos directa e indirectamente, siendo indispensable para ello profundizar en cómo es el desempeño del rol de la Obstetra Partera actualmente en el abordaje de la depresión posparto.

La investigación fue enmarcada en la realización de entrevistas semi dirigidas a Obstetras Parteras del Hospital Pereira Rossell y Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

ABSTRACT

This work was carried out as a requirement to obtain the title of Midwife Obstetrician.

We understand maternal or postpartum depression as a picture of high prevalence (10-15% according to data provided by the World Health Organization) that appear after the first week after delivery. It usually extends over time, even beyond the first year and is characterized by intense feelings of guilt in relation to the child, the difficulty of enjoying it, along with enormous efforts full of shame and despair regarding maternal functions.

It is known that, during pregnancy and the puerperium, women experience changes that do not always have a positive impact on their health or that of the child.

After childbirth, a series of changes occur both physically, emotionally and socially, in many cases involving mobilizations that require special attention and support from health professionals.

These changes, if not addressed in a timely manner, can directly affect the mother-baby relationship and therefore the development of the latter,

as long as your mother does not feel able (and sometimes fails) to respond to the baby's needs.

This work is part of the current National Integrated Health System, considering the guiding principles for the analysis of the topic: Health Promotion, Intersectoriality, Universality, Accessibility, Benefits, Comprehensive and Humanistic Preventive Orientation and the Comprehensive Quality of Care, with the objective of strengthening the first level of care and Primary Health Care (PHC).

We believe that our role as part of the health team present at this stage of women is to promote protective factors of health, seeking to prevent the appearance of harmful conditions for the health of the population with whom we work directly and indirectly, being it is essential to deepen how the performance of the role of the Midwife Obstetrician is currently in the approach to postpartum depression.

The investigation was framed in the conduct of semi-directed interviews with Midwifery Obstetricians of Pereira Rossell Hospital and Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

INTRODUCCIÓN

Partimos de pensar la salud y la enfermedad como un continuo proceso que se despliega en los espacios donde la gente nace, crece, se desarrolla y muere.

Este proceso está determinado por la estructura psicofísica de cada individuo, la cual incluye aspectos genéticos, aspectos psicológicos, estructurales, recursos de afrontamiento y habilidades para la vida, en interacción con un medio (físico y social) que le presenta distintos desafíos adaptativos y oportunidades de desarrollo. (Saforcada, 1999). Como futuras Obstetras Parteras consideramos necesario y una postura ético - política el aportar elementos que contribuyan a pensar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral, multidisciplinaria y centrada en la prevención y la detección oportuna de enfermedades.

El perfil de egreso de la Obstetra Partera define que, debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante.

Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica.

Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la educación para la maternidad-paternidad, la salud sexual y reproductiva y el cuidado de los hijos.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo profundizar en el rol de la Obstetra Partera en torno a la depresión posparto, entendiendo la misma como una patología multifactorial, en la que influyen factores fisiológicos, socioculturales y psicológicos, que si bien puede manifestarse en el embarazo cobra mayor importancia en el período de puerperio.

En Uruguay el primer estudio sobre la prevalencia de depresión materna en el primer año posparto (2011), plantea “una prevalencia general de 16.5% de madres con 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).; lo que constituye la necesidad de la detección temprana y el abordaje de la depresión posparto como uno de los problemas de salud de las mujeres en Uruguay y por tanto de

responsabilidad de los profesionales vinculados al cuidado de la salud - enfermedad en este caso de las mujeres embarazadas y en posparto.

La Depresión Posparto se define como un cuadro depresivo mayor que puede desarrollarse durante los cuatro o seis semanas posparto. En la práctica clínica se observa que puede iniciarse en un lapso de tiempo que cubre hasta los seis primeros meses posparto, siendo considerado este lapso de tiempo como el período en el cual se produce la mayor tasa de apariciones.

La Depresión Posparto genera un doble impacto en la salud de la población en tanto, no solamente afecta a la madre quien ha desarrollado el cuadro clínico sino también al recién nacido que depende generalmente de los cuidados de la madre para su desarrollo físico y emocional.

Desde nuestro proceso de formación profesional es indispensable profundizar en torno a las acciones desempeñadas por las parteras con relación al tema seleccionado desde una mirada crítico reflexiva.

El presente trabajo toma como población objetivo Parteras Obstetras de dos Servicios de Salud de Montevideo, que desempeñan tareas tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención, buscando describir

el rol de las mismas tanto en lo que refiere a acciones de prevención como de detección y atención a la depresión posparto en Uruguay.

MARCO TEÓRICO

Partimos de pensar el rol de las parteras con relación a una temática específica como es la depresión posparto.

En este sentido es necesario posicionar el tema de la salud en las mujeres como eje central de nuestro marco teórico, en especial en esta etapa de su ciclo vital.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo.

Se considera el puerperio como el período posterior a la salida de la placenta del cuerpo de la mujer y se extiende por aproximadamente seis semanas.

En esta etapa la mujer experimenta de forma progresiva diversas transformaciones; transformaciones de carácter anatómico y funcional, destacándose la involución de las modificaciones gravídicas hasta la restitución para regresar al estado pre gestacional, con excepción de las glándulas mamarias que alcanzan su máxima expresión en esta etapa.

El puerperio clásicamente se divide en:

- Puerperio Inmediato, esta primera etapa abarca las primeras veinticuatro horas posparto, destacándose que, en este momento la mujer aún se encuentra por lo general hospitalizada.
- Puerperio Mediato, abarca desde las veinticuatro horas hasta los diez días posparto.
- Puerperio Alejado, se extiende desde el onceavo día hasta los cuarenta y dos días posparto, siendo este el período considerado clásicamente como la finalización del puerperio.
- Puerperio Tardío, corresponde a la etapa que comienza luego de finalizado el puerperio alejado y se extiende hasta los 364 días cumplidos.

Durante todo este período se producen transformaciones locales y generales en el organismo materno característicos de esta etapa.

Podemos apreciar como modificaciones la involución uterina, la pigmentación que se produce habitualmente en el embarazo: en la piel de la cara, de los senos y del abdomen se aclara con el transcurrir de los días; las grietas adquieren un tinte nacarado, desaparece la hipertrichosis gravídica, cae el vello de las zonas donde apareció anormalmente,

pudiendo la puérpera experimentar de forma parcial este proceso en una presentación más leve en las regiones pilosas.

Indudablemente aparte de las modificaciones corporales que se producen en el organismo materno, debemos considerar que existen repercusiones psíquicas producidas en la mujer en el período de la gravidez que pueden sobrellevar repercusiones en el posparto, pudiéndose ver afectado varios aspectos de la salud tanto de la mujer como de su entorno familiar más próximo.

La guía del Ministerio de Salud Pública generada para el seguimiento de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en el año 2014 plantea que, la etapa de puerperio puede llegar a ser considerada como la más exigente para la mujer, debido a todos los cambios anátomo-funcionales que experimenta en su organismo sobre agregado a la adaptación al recién nacido y a los cambios psicológicos y sociales que esto trae; llegando incluso en algunos casos a configurar problemas vinculados a la salud mental de la mujer. Es por tanto que, el seguimiento posterior al parto cobra relevancia ya que la mujer, la pareja y el núcleo familiar más cercano necesitarán de redes de apoyo para transitar esta etapa de adaptación.

Ya desde tiempo atrás, Winicott en su obra “Conozca a su Niño” expresaba “Las madres y los bebés varían enormemente en cuanto a su condición después del parto”.

El puerperio ha sido abordado desde distintos campos y en diferentes momentos históricos. A los efectos de este trabajo consideramos los aportes que distintos autores contemporáneos han expresado a lo largo de sus obras.

Compartimos que, “es indudable que el puerperio es una etapa de gran impacto en la vida de la mujer la cual se podría definir como una ‘montaña rusa’ de cambios y emociones”. (Torres, 2005).

Por su parte, Gutman (2005) expresa: “Las mujeres puérperas tienen la sensación de enloquecer, de perder todos los lugares de identificación o de referencia conocidos; los ruidos son inmensos, las ganas de llorar constantes, todo les molesta, creen haber perdido las capacidades intelectuales, racionales (...) Viven como fuera del mundo; justamente, viven dentro del mundo bebé”

A los efectos de la construcción del problema presentado consideramos necesario profundizar en algunas conceptualizaciones y definiciones que complementan el enfoque, así como elementos centrales que son base

para la definición del problema a analizar y la posterior comprensión del mismo.

DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la clasificación es la siguiente: Trastorno depresivo mayor, episodio único.

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS).

Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves en el transcurso de este cuadro.

La depresión posparto es un tema que, históricamente ha preocupado a la humanidad.

En el siglo IV a.C, Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, en su trabajo consideró que algunas de las características clínicas de la manía posparto estaban asociadas a la lactancia, por lo que las denominó delirium asociado a sepsis puerperal; siendo esta última una complicación frecuente en la antigua Grecia.

En 1968 Brice Pitt realiza una descripción acerca de la depresión posparto utilizando por primera vez el término de depresión “atípica”, debido al notorio componente ansioso observado en este cuadro, caracterizado por labilidad emocional e irritabilidad, sentimiento de incapacidad, confusión, variación diurna con empeoramiento vespertino.

En 1970 se realizaron estudios en poblaciones a través de la aplicación de entrevistas estructuradas y estudios diagnósticos estandarizados para la época. A partir de esta intervención se introdujo el concepto de enfermedad mental no vinculado a la psicosis.

Hasta mediado de la época de los ochenta del siglo XX prevalecía la idea de la maternidad, principalmente el embarazo, asociado casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental.

Gisela B. Oppenheim introdujo por primera vez el cuestionamiento explícito al mito prevalente hasta entonces. En un texto inglés de la época inició el planteo de su trabajo con la siguiente pregunta ¿sirve el embarazo, como se ha afirmado a menudo, para proteger a la futura madre de la enfermedad mental?

A los efectos de profundizar en la temática, es importante diferenciar este cuadro de otros que suelen desarrollarse o iniciar en la etapa puerperal, como lo son “Baby Blue” y “Psicosis Puerperal”.

El “Baby Blue” se caracteriza por la presencia de una serie de síntomas afectivos de leve intensidad y de gran prevalencia en la etapa puerperal.

Se puede identificar gran sensibilidad, llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, cefalea, ansiedad, irritabilidad, alteraciones en el sueño y preocupación ante los cuidados del bebé; este cuadro se considera como una crisis evolutiva de buen pronóstico que puede estar asociada a factores hormonales y suele retroceder espontáneamente si se cuenta con un adecuado soporte psicosocial; debemos recordar que, la presencia de estos elementos suele ser considerado como factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto.

La Psicosis Puerperal se define como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos basados en ideas delirantes, alucinaciones pensamientos desorganizados, depresión, comportamientos extraños e ideas de dañarse a sí misma y al niño en el período puerperal. Su inicio suele darse en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maniforme como euforia, labilidad emocional, distractibilidad y aumento de la actividad.

Se ha asociado el desarrollo de este cuadro al riesgo de padecer trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que frecuentemente requiere hospitalización.

La depresión posparto sin embargo, se caracteriza por intensos sentimientos de culpa por parte de la mujer en relación a la crianza de su hijo, tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, fatiga persistente, disminución de autoestima, desesperanza, culpa relacionada comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos, dificultades en las relaciones familiares, sobre todo con la pareja, retraimiento excesivo, tristeza y ansiedad.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto es de gran importancia, ya que son indicadores de morbi-mortalidad materno neonatal.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Esta escala se considera como un método de despistaje de depresión posparto, no de diagnóstico.

La misma mide la intensidad de los síntomas depresivos mediante items, cinco de ellos abarcan disforia, dos abarcan ansiedad y uno dificultad con la concentración.

Si bien no es intención en este trabajo profundizar en la aplicación de la escala, consideramos importante su conocimiento a los efectos de pensar en el rol de la partera ante el mismo.

Para aplicar esta escala el investigador o el profesional debe solicitar a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la entrevista, la misma debe responder diez preguntas.

Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas del puerperio para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto.

Debemos tener presente que la puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres por personal capacitado antes de lograr un diagnóstico y/o el tipo de tratamiento a seguir.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo clásicamente considerados para la depresión posparto se clasifican en psicosociales y biológicos.

Factores de Riesgo Psicosociales

Los factores de riesgo considerados en esta categoría son: antecedente de depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes durante el embarazo o puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión.

Factores de Riesgo Biológicos

Los factores de riesgo en esta categoría están basados en distintas hipótesis acerca de la influencia que presentan los mismos sobre el desarrollo del cuadro depresivo.

Se piensa que debido al descenso de las hormonas reproductivas (hormonas gonadales) posterior al parto, combinado con el impacto que se produce por los cambios de estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio, se predispone posiblemente al desarrollo de depresión posparto.

Se ha constatado una mayor concentración de progesterona durante el puerperio inmediato de mujeres que se encuentran cursando una depresión posparto.

En relación al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal podemos encontrar una asociación entre los niveles de glucocorticoides y es estado de ánimo en el puerperio.

Debemos tener en cuenta que los niveles de adenosín monofosfato cíclico (AMP cíclico) urinario, triptófano, ácido fólico, betaendorfina y triyodotironina libre durante el embarazo y puerperio han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión posparto.

Los acontecimientos traumáticos que los seres humanos experimentan a lo largo de su vida determinan un riesgo para la salud somática o psíquica del individuo.

Según investigaciones psicosociales existen tres órdenes de factores interrelacionados, siendo los mismos los sucesos vitales estresantes, la falta de soporte social y la vulnerabilidad de la organización psicobiológica individual.

La calidad de la asistencia disponible para el individuo puede considerarse como un cuarto factor, ya que suele influir sobre los factores anteriormente mencionados maximizando su efecto sobre el proceso que transcurre la gestante.

En 1994 se publicó el informe Lalonde realizado a partir de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de la población canadiense; en este estudio se establecieron cuatro grandes determinantes de la salud, siendo los mismos: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y la atención sanitaria.

El determinante medio ambiente relaciona los factores ambientales físicos, biológicos y de contaminación atmosférica, de contaminación química, ya sea en suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psico-sociales relacionados con la vida en común.

El estilo de vida está relacionado con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, entre otros.

El determinante biología humana abarca aspectos genéticos y con la edad de las personas.

La atención sanitaria tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Estos determinantes así como el abordaje posterior de la Organización Mundial de la Salud, planteando los determinantes sociales de la salud, nos permiten contextualizar el tema de investigación, posicionando tanto el sistema de salud como el accionar de los profesionales y su incidencia en el mantenimiento de la salud.

Durante el embarazo diversos y complejos procesos psicológicos que se producen de manera simultánea en la mujer preparan a la “futura madre” para las demandas de orden psicológico que conlleva la maternidad.

Hablar de proceso psicológico durante el embarazo refiere a una gestación psíquica del hijo, vivida por la mujer.

Es esta gestación psíquica la que paulatinamente va generando un espacio para el niño en la mente de la madre.

Durante la primer etapa del embarazo, el embrión y consecuentemente el feto es vivido por la madre como un órgano.

En esta etapa, la mujer genera idealizaciones difusas acerca de la imagen del niño, pudiendo derivar generalmente en la idealización de un complejo de células inanimadas, aunque puede generarse también la idealización opuesta de un ser completamente formado y autónomo.

Desde el punto de vista psicológico el niño que se está gestando agrega en el proceso psicológico materno la acción de idealización con imágenes mentales del futuro hijo, sumado a atribuciones de sexo, personalidad y características físicas, generalmente atribuidas por defecto según niños conocidos, familiares, personas que confieren un valor importante en la vida de la gestante, entre otros.

Cabe destacar que estos aspectos pueden ser notorios al momento de la elección del nombre del recién nacido, este proceso de representaciones es llamado por algunos autores como “marea representacional”. (Defey, 1993)

Existen creencias que tomaremos como de concepción popular que afectan de forma directa sobre la idealización y transcurso del embarazo dado la solvencia que sostiene la sociedad acerca de este proceso.

Sin dejar a un lado la práctica clínica que adquirimos durante la carrera notamos que las embarazadas tienen el convencimiento y en ocasiones

la seguridad de que su estado de ánimo y pensamientos afectan directamente a su hijo, direccionando esta afectación tanto a repercusiones positivas como negativas, estando estas repercusiones directamente relacionadas a las connotaciones que llevan cada estado de ánimo de la madre. Este punto ha sido tratado en distintas oportunidades a nivel nacional por la Psicóloga Defey, contemporáneamente está plasmado en su libro “Mujer y Maternidad”.

Esta creencia representa el inicio del proceso de apego y cuidado del hijo, en la cual se identifican situaciones de preocupación por no dañarlo, aunque simultáneamente co-existe la sensación de estar constantemente siendo observada por el feto y de dañarlo con el pensamiento, dificulta el libre juego de ideas y sentimientos ambivalentes en la madre, en este momento y como respuesta a esta situación de tensión la madre puede manifestar acciones impulsivas o pueden manifestarse respuestas orgánicas. (Correas y Defey, 1993)

Es valioso destacar que los momentos de tensión y conflicto vividos por la madre durante el embarazo, son moderados por mecanismos de defensa de carácter inconsciente y automático que actúan como protectores maternos. La maternidad vivida como algo maravilloso en el cual se imagina al futuro hijo como el más hermoso y perfecto, ayudan a

la madre a transitar el proceso de embarazo con todas las molestias y situaciones que conlleva transcurrir esta etapa.

Por otro lado la negación que suele estar presente en todas las embarazadas y la regresión, entendiéndose la misma como el proceso en el que la gestante paradójicamente se siente más niña, actúan como elementos protectores, ya que este último apoyada en la relación de dependencia y sumisión que se instala entre la embarazada y el técnico tratante hacen a un mayor cumplimiento de las indicaciones, que habitualmente están descritas en las consultas periódicas de control prenatal, como también hacen a un mayor cumplimiento de los eventuales tratamientos indicados durante esta etapa.

Si bien esta situación globalmente puede ser considerada como protectora, beneficiosa o de alguna manera adecuada para esta etapa, debemos tener en cuenta que estos mecanismos también pueden generar situaciones que afecten la vida cotidiana y estado psicológico materno.

La excesiva idealización puede provocar que sea más dificultoso transitar experiencias que se aparten de lo idealizado como “correcto”. Un ejemplo puede ser la idealización de un embarazo en el cual la madre planifica su finalización vía parto vaginal luego de completadas las 37 semanas de

gestación (embarazo de término), y por diversas circunstancias se termina desencadenando complicaciones en las que se debe finalizar el embarazo vía operación cesárea, dando también un nacimiento de un niño prematuro en contraposición a su idealización.

Así mismo, la regresión identificada en embarazadas en ocasiones puede dificultar el relacionamiento existente con su pareja; como también esta condición provoca una actitud de pasividad ante el equipo tratante.

Puede notarse como dificultad habitual el relacionamiento con la pareja, en especial lo referente a las relaciones sexuales.

Si bien en algunos casos se ve aumentado el deseo sexual, generalmente hay una disminución de la actividad y del interés sexual.

Esto se debe a la regresión vivida por la mujer y por la tendencia experimentada que conlleva a dedicar sus pensamientos hacia el embarazo y el hijo, excluyendo a la pareja. Subsiste conjuntamente el miedo al daño hacia el hijo o hacia la producción de un daño que interrumpa el correcto proceso de embarazo, sumado a la dificultad de integrar los conceptos de maternidad y sexo que aparece plasmada en la sociedad debido a nuestras raíces judeo-cristianas.

La psicopreparación de la pareja, la correcta relación técnico-paciente, sumado al apoyo afectivo en el momento de trabajo de parto y parto inciden decisivamente sobre la mujer, tanto sobre la duración del trabajo de parto y parto, como sobre la incidencia de complicaciones en este período, disminuyendo de esta manera las intervenciones médicas.

En Uruguay contamos con la ley 17.386 aprobada el 30 de agosto del año 2001 que dispone en su artículo 1 lo siguiente: “Toda mujer durante el tiempo que dura su trabajo de parto y parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”.

Como es de esperarse existen vivencias entorno al trabajo de parto que son inherentes a la madre y que son debidas a la tensión que implica enfrentarse a lo desconocido, exacerbado por la sensación de que en pocas horas incluso minutos, puede ocurrir lo mejor o lo peor.

Podemos nombrar diversos ejemplos de situaciones desconocidas para la madre pero comúnmente se describe la acción médica sobre el cuerpo, la contraposición de lo imaginado durante la gestación versus lo real, la conducta (portarse bien o mal según los conceptos personales incluso sociales).

A continuación haremos una pequeña reseña sobre un análisis planteado por la psiquiatra Dra. Raquel Soifer acerca de las repercusiones psíquicas producida en la mujer grávida durante el período de embarazo, parto y puerperio.

En su obra “EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO” esta autora plantea en el capítulo I la ansiedad específica del embarazo y sus repercusiones sobre la psiquis materna; desarrollaremos cada etapa vivida por la futura madre según lo planteado por la autora.

DURANTE EL EMBARAZO

En términos generales el transcurso del embarazo produce en la madre y su entorno inmediato un aumento de la ansiedad, esta condición se puede clasificar según la etapa que los se encuentra la gestación, siendo estas:

- a. Comienzo de la gestación
- b. Durante la formación de la placenta (2^o-3^o mes)
- c. Ante la percepción de los movimientos fetales
- d. Por la instalación franca de los movimientos fetales

- e. Por la versión interna
- f. El comienzo del noveno mes
- g. Los últimos días antes del parto

Estas etapas tienen un lapso de duración muy variado, pudiendo abarcar desde días a semanas dependiendo de factores propios o ajenos a la gestante (factores que serán analizados en el transcurso del trabajo).

Las etapas nombradas anteriormente son consideradas por la autora como “accesos de ansiedad” que pueden llegar a producir abortos o partos prematuros.

El embarazo es una situación que no solamente involucra a la mujer, sino que también a su pareja y entorno social inmediato, que inevitablemente la acompaña en su proceso psicológico de regresión.

a. LA SITUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL COMIENZO DE LA GESTACIÓN

En esta etapa se produce una hipersomnias ya que la mujer siente que necesita dormir mucho más que lo habitual, considerando de esta

manera que no le son suficientes las horas que generalmente destina a este fin.

Esta situación corresponde desde el punto de vista psicológico al inicio de la regresión descrita por la autora Marie Langer que asume esta aparición a la formación de una identificación fantaseada con el feto.

Esta característica es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos, hormonales y la sensación de incógnita propia de esta etapa.

A partir de este momento comienzan a ser notorios elementos propios de esta regresión y retracción producidas en la gestante.

Los cambios que pueden ser notados en este momento son el ensimismamiento materno y estado de sopor (independientemente del sueño) que provocan una desconexión de la embarazada con las demás personas.

Esta situación comienza a ser notoria a partir de la segunda o tercera semana y es agravada por la ansiedad que produce la verificación de la falta menstrual.

La situación toma mayores dimensiones cuando la embarazada ya tiene un hijo o varios, en el caso de que la mujer tenga hijos pequeños la retracción materna es rápidamente percibida por la criatura que reacciona con bruscos cambios de conducta, aparición de terrores nocturnos, inapetencia, caprichos, entre otros.

Arminda Alberastury describe esta situación como fácilmente perceptible en el análisis de los niños, siendo característico la aparición de ataques envidiosos hacia el vientre materno, basándose esta vivencia terrorífica en la sensación de un “rival oculto” que lo despoja de la madre.

Marie Langer señala que el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad.

Esta autora sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo-contra deseo).

El rechazo se basa en ideas persecutorias por la elaboración del conflicto edípico; entretanto, el mecanismo de defensa más útil para resolver el conflicto anteriormente mencionado es la negación.

El síntoma de hipersomnia actúa como favorecedor de la negación de los estímulos, resultando así provechoso ya que contribuye a construir una defensa biológica adecuada.

Esto proporciona al organismo una cuota de reposo más prolongada, lo que es necesario para la labor que inicia.

Sería conveniente en esta etapa alentar a la embarazada a que acepte su necesidad de dormir más horas durante los dos primeros meses, ya que con esta simple acción se resuelven varias situaciones a la vez.

Entretanto el insomnio debe ser considerado como la expresión de una situación externa de ansiedad frente al embarazo.

Durante el segundo mes suelen presentarse náuseas y vómitos, generalmente matutinos; estudios comprueban la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada con la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo, por lo que una vez establecido el diagnóstico de certeza los mismos retroceden espontáneamente, aunque en algunos casos el cuadro clínico puede persistir en forma leve hasta la aparición evidente de las modificaciones corporales maternas o bien ante la percepción de los movimientos fetales.

Otro aspecto importante a destacar en la psicopatología de las náuseas y vómitos comunes, es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar un niño.

Otro factor derivado de la ansiedad es el temor derivado de la situación económica cuando ésta es realmente precaria.

b) ANSIEDAD DEL SEGUNDO Y TERCER MES. FORMACIÓN DE LA PLACENTA

Cuando se establece la circulación a través de las vellosidades cambia el sistema nutritivo del embrión, siendo responsable de este proceso la placenta.

Durante la placentación se produce una percepción inconsciente del proceso.

En esta etapa ocurre una reactivación de las fantasías persecutorias de robo y vaciamiento (aborto).

El contenido de esta vivencia es la sensación terrorífica de ser “comida y vaciada” por un monstruo (el aborto) que simboliza al hijo.

Los terrores son asociados a una percepción orgánica propia del del proceso de placentación.

Toda mujer que se encuentra en el comienzo de su embarazo merece y debe recibir todo el apoyo necesario durante el transcurso del mismo.

Cualquier disfunción orgánica en esta etapa de la vida de una mujer suele asociarse por la mujer embarazada conscientemente como un potencial peligro de aborto.

Estos síntomas son la expresión del rechazo al hijo, este rechazo involucra tan solo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que el otro, el de que anhela ser madre.

El rechazo obedece a vivencias terroríficas tanto con respecto al hijo en sí mismo, representante de la propia hostilidad hacia los padres, como en relación con los propios padres, que aparecen cargados de amenazas y reproches por la actividad sexual de la paciente.

Freud postula que la embarazada instala una sintomatología (náuseas, vómitos y contracciones) porque está asustada por la percepción de su rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología.

c) LA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

Es posible la percepción de los movimientos fetales a partir de los tres meses y medio de gestación, pero, no en todos los casos la conciencia registra esa situación. Esto lo debemos atribuir a la negación.

En este caso el mecanismo inconsciente es la proyección en base a la cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica que es identificada en él, la criatura es sentida como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos amenazan con causar un severo daño físico a la madre.

En esta etapa existe un mito popular de que la mujer grávida debe hablar de las patadas de su hijo.

Estos elementos se deben a la distorsión de la percepción por negación o proyección con sus correspondientes fantasías común en todas las embarazadas.

A esto se suma el miedo a la responsabilidad asumida unido a la noción de dar vida, lo cual si consideramos el proceso genético significa haber cedido parte de la propia vida.

En el parto puede manifestarse a veces por primera vez el concepto de la propia muerte, o sea, de la vida con límites preciso.

La ansiedad que provoca el proceso de “ceder vida” se ve agravado por el miedo a morir en el parto.

Las mujeres durante el proceso de embarazo normalmente acuden a mecanismos maniáticos, siendo estos la ensoñación y las fantasías de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad, siendo éstos habitualmente un refugio que permite la prosecución del embarazo, estando este pensamiento basado en el instinto maternal.

La primera vez que la gestante siente los movimientos fetales se produce sobresalto y temor a la vez, ya que surgen sentimientos basados en la acentuación de algo completamente extraño (inclusive para multíparas).

El reconocimiento de este elemento insólito y atemorizador sumado a la posterior discriminación de los movimientos fetales se da de forma lenta y gradual.

Es importante que esta etapa sea explicada en el momento correspondiente para prevenir negaciones, proyecciones, manías

extremas y su contrapartida somática o sus ulteriores consecuencias físicas o mentales.

Se debería explicar en esta etapa la evolución de los movimientos fetales.

La percepción de los movimientos fetales produce una gran ansiedad, dependiendo su tolerancia de cada personalidad.

Frecuentemente puede negarse esa percepción a un extremo patológico que puede llevar a una pérdida de la gestación del cuarto o quinto mes.

¿CÓMO SE MANIFIESTA LA ENORME ANSIEDAD?

Cuando la gravidez es evidente debido a los cambios corporales, la ansiedad aparece conscientemente de varias maneras, como temor al hijo deforme, como miedo a morir en el parto o como la angustia por verse deforme una misma y quedarse así.

En esta etapa también puede verse disminuido el libido sexual.

Pueden aparecer sueños relacionados con el propio parto.

Un sueño clásico es que ya se produjo el parto, no se sabe cómo, y tiene al hijo al lado y es tan bonito.

Esta aparición de sueños puede interpretarse como la necesidad de imaginar y/o ver al niño cuyos movimientos se perciben.

Puede suceder que la “futura mamá mantenga diálogos imaginarios con el niño.

Según esta autora debe haber grupos de ejercitación, información y grupos de discusión, ya que los mismos son el método adecuado para disminuir las crisis de ansiedad en las gestantes.

d) ANSIEDAD DEBIDA A LA INSTALACIÓN FRANCA DE LOS MOVIMIENTOS (CINCO MESES EN ADELANTE)

La notoria instalación de los movimientos fetales combinado con la aparición de contracciones uterinas fisiológicas del embarazo son situaciones consideradas como un nuevo acceso a la ansiedad.

La respiración y la relajación son técnicas valiosas para aliviar esta situación con todos los síntomas y cambios que acarrea, ya que si se intensifican demasiado pueden poner en riesgo la vida del feto.

e) ANSIEDADES PRODUCIDAS POR LA VERSIÓN UTERINA

A partir del séptimo mes de gestación puede producirse la versión interna, momento en el cual la gestante percibe como movimientos uterinos y fetales que provocan una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

f) ANSIEDADES DEL COMIENZO DEL NOVENO MES

Surgen varias modificaciones fisiológicas, el feto tiende a desarrollarse más rápidamente ganando en peso y en volumen, se acentúan las contracciones fisiológicas.

El cuerpo para adaptarse a estos cambios debe cambiar su mecanismo postular para bipedestación.

Estas modificaciones intensifican la ansiedad, esta se ve exacerbada por la noción de proximidad del parto.

El temor a la muerte en el parto cobra características intensas por lo general de forma inconsciente.

Este temor es ancestral, basado en una realidad que recién fue modificada hace apenas treinta años con el advenimiento de los antibióticos.

Es importante tener en cuenta que el ambiente que rodea a la gestante participa de forma bastante generalizada en esta ansiedad.

La preocupación y las “predicciones” vienen a sumar angustia a su estado emocional.

LA PERCEPCIÓN DEL SEXO DE LA CRIATURA

La noción inconsciente del esquema corporal, se amplía durante el embarazo idealizando al hijo y, junto con éste, a su sexo.

Una frase comúnmente escuchada es: “yo no sé cómo pero tengo la sensación de que es una nena”, esta sensación en el inconsciente se manifiesta por fantasías y ansiedades específicas.

g) ANSIEDAD DE LOS DÍAS PREVIOS AL PARTO

Pueden reaparecer crisis intensas de duración variable, en este momento la gestante suele expresar de forma consciente el miedo a la muerte en

el parto, miedo al dolor y al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deformado o a la muerte del hijo.

Generalmente estas crisis van marcando el progreso del proceso de preparación del cuello y el avance progresivo en la instalación del reflejo de parto y el descenso de la cabeza de la criatura, en base a lo que sería el primer plano de Hodge.

Frecuentemente se produce un episodio donde la madre refiere no percibir movimientos fetales durante todo el día.

Esta situación suele ser extremadamente angustiante ya que la gestante rápidamente asocia esta situación al temor a la muerte del eventual niño.

Otra forma de resolver esta crisis es lo conocida como “falsa alarma”, este cuadro se caracteriza por un relato de la embarazada donde la misma refiere la acentuación de las contracciones uterinas fisiológicas, habitualmente se refieren a contracciones uterinas dolorosas y frecuentes.

Estas características se deben a la contractura muscular y a la ansiedad desarrollada en este período de tiempo.

EMBARAZO PATOLÓGICO

En embarazos patológicos independientemente de cuál sea su motivo se verá acentuado todos los aspectos mencionados anteriormente, ya que suele estar aumentado el temor a las complicaciones tanto maternas como fetales.

Contemporáneamente se ha tratado de investigar acerca de la posibilidad de desarrollo de depresión posparto paterna.

Como lo hemos tratado anteriormente, el embarazo y el posparto habitualmente se considera como un período de crisis normativa en la vida de padres y madres, ya que los mismos deben tratar de equilibrar no sólo las demandas de su vida personal, laboral y social, sino que también deben ponderar las presiones económicas y las necesidades emocionales de la familia, todo esto dentro del desconocido rol paternal, haciendo frente a los requerimientos de la coparentalidad.

Si bien el hombre no experimenta los cambios fisiológicos de la gestación y el puerperio como la mujer que vive en primera persona estos procesos, hoy se sabe que el hombre también atraviesa por cambios psicológicos, principalmente lo relacionado a su nuevo rol e implicancias que el mismo conlleva.

DEPRESIÓN POSPARTO PATERNA

En el año 2010 se publicó un análisis realizado por Journal of the American Medical Association que combinó los resultados obtenidos en 43 estudios, en este trabajo se estableció la prevalencia a nivel mundial de 10,3% de depresión posparto en padres.

Los factores de riesgo que se han descrito para el desarrollo de depresión posparto son en hombres son: una relación de pareja conflictiva, falta de apoyo familiar, desempleo, edad avanzada y menor nivel educacional.

De los factores de riesgos descritos en la bibliografía el que cobra mayor importancia es la presencia de sintomatología depresiva materna.

El padecimiento de este trastorno puede traer repercusiones en el funcionamiento familiar, el bienestar de los integrantes de la familia, la satisfacción marital, entre otros.

Habitualmente puede manifestarse con la aparición de cuadros como cefaleas o problemas digestivos, esto se manifiesta como somatización del trastorno emocional.

El cuadro puede complicarse con abuso de alcohol o drogas, incluso puede llegar a que el individuo se involucre en situaciones como apuestas y relaciones extramatrimoniales.

Molly Meighan, profesora de la escuela de enfermería del Colegio Carson-Newman en Jefferson, Missouri de Estados Unidos, aplicó un estudio en el cual se proponía conocer cómo se sentían los esposos de las pacientes con depresión posparto.

En su trabajo encontró que en reiteradas entrevistas estaba presente la siguiente respuesta: “yo también estoy deprimido”.

Will Courtney, psicoterapeuta e investigador radicado en California expresa que: “Algunos hombres pueden experimentar más frustración o irritabilidad, más enojo y conflictos con las personas que lo rodean. Incluso caer en comportamientos violentos”.

Este autor indica que existe un riesgo de 50% para el padecimiento de depresión posparto masculina en aquellos hombres cuyas parejas se encuentran transcurriendo un episodio depresivo posparto.

EL ROL DE LA OBSTETRA PARTERA

Según el perfil de la Obstetra Partera votado y aprobado el 3 de diciembre del 2018 en Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina, la Obstetra Partera es un profesional de la salud que acompaña empáticamente a la mujer y su familia en las distintas etapas de su ciclo vital, desde su salud sexual y reproductiva.

Es una profesional que está capacitada para proporcionar una atención integral a la mujer, familia y comunidad.

Actúa en el diagnóstico, control, asistencia y tratamiento del embarazo, parto y puerperio. También participa en la asistencia al recién nacido sano y el lactante, realizando promoción de la salud, prevención de las patologías, diagnóstico y derivación oportuna, contribuyendo a la rehabilitación de los procesos patológicos.

Por lo anteriormente mencionado podemos considerar que la Obstetra Partera puede desempeñar una labor importante para el diagnóstico oportuno de la depresión posparto, así como la derivación necesaria para la instalación de un tratamiento y acompañamiento adecuado de la mujer y su familia.

En cuanto a la formación en el área psicológica la Obstetra Partera en la curricular cuenta con formación en psicología perinatal que le aporta herramientas para lograr acompañar a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico de la depresión posparto, inicia lo referente al tratamiento.

La barrera más importante al momento de plantear un tratamiento en la pareja se basa en los prejuicios preexistentes, mientras que las mujeres tienden a esconder sus sentimientos de depresión por vergüenza ya que creen que la sociedad la verá como incapaz de ser buena madre, el hombre tiende a negar sus sentimientos depresivos.

Como Obstetras parteras luego de sospechar que la mujer está padeciendo un cuadro de depresión posparto por medio de detección de factores de riesgo existentes debe plantearse la derivación a profesionales especializados en el tratamiento de esta afección que se encuentren en el centro de salud de referencia al que acude la usuaria.

El objetivo de llevar a cabo un tratamiento de forma oportuna es mantener o mejorar principalmente la salud mental de la mujer gestante y minimizar los riesgos para el embrión/feto en desarrollo y el adecuado transcurso del puerperio.

Indudablemente el tratamiento de esta afección debe fundamentarse en intervenciones basadas en el acompañamiento de esa mujer con un recién nacido y un núcleo familiar que se ve inmerso en un mundo de cambios.

Estas intervenciones deben estar diseñadas con un enfoque interdisciplinar y multidisciplinar objetivando una mirada integral.

Se deben trazar lazos sociales tratando de institucionalizar a ese núcleo familiar y poder así asegurar un correcto seguimiento- acompañamiento.

En la guía del Ministerio de Salud Pública sobre embarazo, parto y puerperio se especifica que, a lo largo del período puerperal debería existir por parte del equipo de salud, "una valoración del estado emocional de la mujer" debido a los cambios que ésta transita luego de tener a su bebé y el comienzo de su nuevo rol de mujer-madre.

Se espera que los profesionales sanitarios puedan identificar si la mujer está transcurriendo de forma "saludable" este periodo.

El control de embarazo puede ser realizado según la misma guía por ginecotocólogos/as, médicos de familia y obstetras parteras; debemos considerar que en el puerperio, en reiteradas oportunidades, las mujeres

no acuden a consultas durante su etapa puerperal, pero si a consultar con el equipo de pediatría, siendo los mismos los que poseen un mayor contacto con la usuaria y eventualmente pueden llegar a constatar factores de riesgo que puedan conllevar el padecimiento de una depresión posparto.

Para transitar por el puerperio con mayor seguridad y tranquilidad, es importante que la mujer se sienta preparada para este período postparto, por eso deberían promoverse la creación de espacios en los servicios de salud donde se brinde preparación para la maternidad y paternidad que sean fácilmente adaptables a la rutina del público objetivo.

En cuanto a la medicalización durante el embarazo y/o puerperio, a lo largo de los años ha sido considerado como un tema controversial.

Actualmente se considera que en ocasiones el costo/beneficio de la medicalización con antidepresivos a embarazadas y/o puérperas suele ser mayormente beneficioso en cuanto a los efectos sobre la disminución de las complicaciones, que conlleva el abandono del autocuidado en ambas etapas como también sobre las complicaciones del cuidado del recién nacido.

La instalación de tratamiento debe estar a cargo de médico especialista, se deben tomar en cuenta las características de cada fármaco para poder así seleccionar el tratamiento que más se ajuste a la paciente considerando el menor riesgo posible de complicaciones en cuanto a la teratogenicidad como a la potencial suspensión de la lactancia materna.

Existen fármacos considerados de bajo riesgo ya que poseen una falta de toxicidad demostrada, son de uso frecuente en neonatos o lactantes pequeños sin efectos secundarios, consumo habitual o tradicional extenso y cuentan con una farmacocinética muy favorable.

Dado estos elementos podemos considerar que una mujer con sintomatología depresiva puede recibir tratamiento farmacológico sin alteraciones o suspensión de lactancia.

Se considera que mujeres con depresión leve o moderada pueden ser tratados con psicoterapia, pudiéndose aplicar terapias de carácter cognitivo-conductual y técnicas de relajación.

Sin dudas el fenómeno de la depresión posparto desde un punto de vista paterno debe seguir siendo estudiado para poder lograr un correcto acompañamiento de la maternidad y paternidad, con el fin de minimizar

riesgos y/o tratar oportunamente, para lograr un mejor ambiente para el desarrollo del futuro niño/a y bienestar del núcleo familia.

ANTECEDENTES

A partir de búsqueda bibliográfica realizada hasta el momento, presentamos a continuación investigaciones vinculadas al tema seleccionado, haciendo énfasis en los principales resultados, que conforman por sus características los principales antecedentes de la presente investigación.

De los estudios de investigación en torno a la Depresión posparto realizados en Uruguay sobre depresión materna destacamos el estudio realizado por Gabriel Corbo, Denise Defey y Nora D'Olivera sobre una población de 340 mujeres que controlan a sus niños en la capital del país (Montevideo) durante el primer año posparto. Quedan excluidas del estudio madres puérperas con período menor a seis semanas.

Como resultado de la investigación se obtuvo que, existe una prevalencia de 16.5% de dicha patología en madres de niños mayores a seis semanas y menores a un año de edad.

Por otra parte, el estudio arroja elementos sobre los factores vinculados a la depresión posparto, encontrando una mayor prevalencia de la depresión posparto en mujeres con menor nivel educativo, otros factores

tales como edad, cantidad de hijos, composición familiar no aparecen como factores directamente relacionados a la depresión posparto.

Complementariamente, se identifica con factor vinculante las dificultades en el vínculo con las parejas y la falta de apoyo de esta figura en torno al cuidado de los hijos y tareas de la casa.

El estudio plantea así mismo, una clara correlación entre la presencia de antecedentes familiares de depresión en la mujeres con síntomas de depresión posparto, incluyendo en dichos antecedentes la presencia del cuadro durante el embarazo y en el periodo posparto.

En el año 2010 la Obstetra Partera Vanesa Berruti realizó su Trabajo Final de Grado. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de depresión postparto a través de la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en un grupo de usuarias del Centro de Salud del Cerro.

La investigación que aplica la Escala de Edimburgo a una población de 142 mujeres uruguayas, como resultado se identifica una mayor prevalencia de la depresión posparto en mujeres entre 33 y 34 años de edad, concluyendo una menor prevalencia de depresión posparto en mujeres adolescentes.

En lo referente a la incidencia de cantidad de hijos se identifica que existe una mayor prevalencia en mujeres con tres o más hijos, agrega también que, cuando el embarazo finaliza a través de operación cesárea la prevalencia aumenta de manera significativa.

La investigación da cuenta también de la presencia de elementos tales como un mal relacionamiento con la pareja, dificultades de vivienda y un bajo nivel educativo materno vinculado a la depresión posparto.

Estos antecedentes dan cuenta de la importancia de la temática, como problema de salud de la población Uruguaya y de la complejidad de la misma, posicionando el rol de los profesionales de la salud vinculados al tema como un tema a conocer, comprender y problematizar.

OBJETIVOS

General:

Conocer la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Específicos:

- Identificar las acciones preventivas realizadas por las Obstetras Parteras en los controles de embarazo.
- Establecer cuáles factores de riesgo reconocen las Obstetras Parteras que presentan las usuarias para desarrollar Depresión Posparto.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de nuestra investigación, se define un enfoque centrado en la lógica cualitativa. Dicha elección supone una forma de concebir la realidad, sus relaciones, y tal como plantean Taylor y Bodgan (1992) tiene que ver con la forma en la que enfocamos los problemas así como, en las maneras que buscamos para su resolución.

La investigación cualitativa por su enfoque metodológico y su fundamentación epistemológica tiende a ser de orden explicativo, y se caracteriza, entre otras cosas, por utilizar información descriptiva y cualitativa con un diseño de investigación flexible.

En este sentido, se plantea para el desarrollo de la investigación un diseño metodológico cualitativo descriptivo donde la muestra se define por criterio de saturación de datos.

Como instrumentos del estudio se aplicarán entrevistas semi-estructuradas a Obstetras Parteras pertenecientes a los servicios del Hospital de Clínicas y Pereira Rossell y entrevistas en profundidad a referentes en la temática (informante clave). Se plantea abordar los objetivos y realizar una descripción de la situación encontrada con referencia a los objetivos planteados y un análisis crítico reflexivo

contemplando diversos aspectos que pudieran estar incidiendo en la situación encontrada. En este sentido, nos pensamos analizando el desempeño del rol de las Obstetras Parteras considerando una serie de factores que consideramos podrían incidir en el mismo. Por tanto, se considerarán como variables del presente estudio: lugar de trabajo, edad, año de egreso universitario, años de ejercicio profesional, año de ingreso a la Institución, realización de cursos de actualización /capacitación y/o alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto. El proceso investigativo será acompañado de una continua búsqueda bibliográfica y documental.

El análisis de los datos será producto de la confrontación e integración de la información recogida en la totalidad de los instrumentos utilizados, sumado al trabajo reflexivo sobre la realidad percibida. Buscamos, pensar la problemática planteada, el rol de la Obstetra Partera, buscando cotejar, comparar y analizar la información, apostando a la presentación del problema de estudio desde un marco descriptivo y analítico que supondrá la construcción de categorías de análisis, buscando comparar elementos hacia la comprensión del problema de estudio.

En este sentido y de forma coherente con la lógica inductiva/analítica de nuestra investigación nos orientaremos por algunos procedimientos del “Método Comparativo Constante” propuesto por Glaser y Strauss (1967).

Este método combina la codificación de categorías inductivas con un proceso simultáneo de comparación de todas las incidencias sociales observadas. A medida que registremos y clasifiquemos los fenómenos sociales los iremos comparando e integrando en distintas categorías emergentes.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

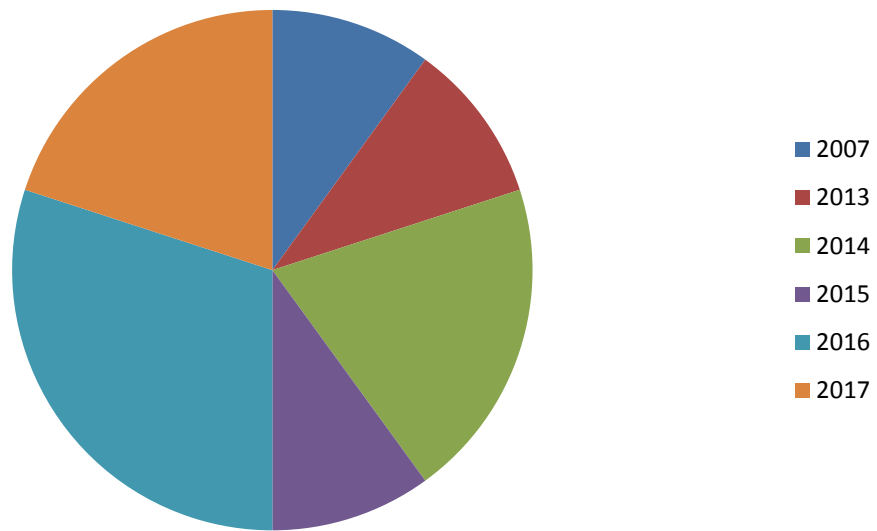
De acuerdo a la metodología propuesta, el presente análisis surge a partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de entrevistas semi dirigidas y el proceso de reflexión, haciendo dialogar el marco teórico planteado con los datos obtenidos.

Se realizaron 10 entrevistas (ver pautas en anexo)

Caracterización de la población objetivo:

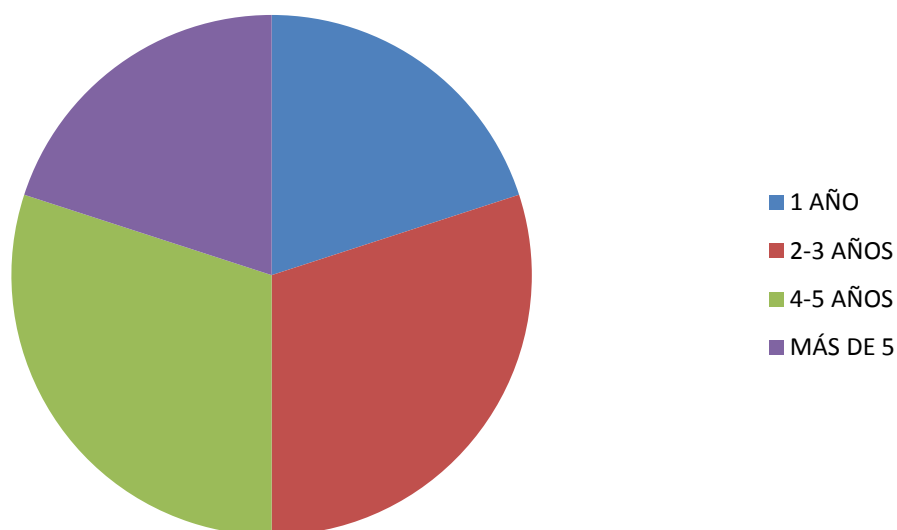
Las personas entrevistadas son Obstetras Parteras, que desempeñan su actividad en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y Hospital Pereira Rossell egresadas de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina (UdelaR) entre los años 2007 y 2017. Se trata de una población de profesionales de entre 25 y 38 años de edad.

GRÁFICA POR AÑO DE EGRESO



Resulta importante caracterizar la población objetivo de acuerdo a su nivel de experiencia y de formación/capacitación en el área de referencia para el presente trabajo. En este sentido, de las parteras y el tiempo de experiencia laboral, de las entrevistadas 2 cuentan con 1 año, 3 entre 2 y 3 años de experiencia, 3 entre 4 y 5 y 2 más de 5 años de experiencia.

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL



De las Obstetras Parteras entrevistadas podemos decir que llevaban mínimamente un año de trabajo en la institución seleccionada.

El 100 % de las entrevistadas refieren haber realizado cursos de capacitación y/o actualización vinculadas a su profesión en los últimos años; sin embargo, en lo que refiere a la formación y actualización de conocimientos en torno a la depresión posparto, se encontró que sólo el 20 % de las entrevistadas han realizado algún curso referido al tema. Los cursos de actualización referidos fueron basados en abordaje de las poblaciones desde el punto de vista de la obstetricia, tomándose en cuenta también patologías y sus correspondientes tratamientos durante el embarazo, parto y puerperio.

Conocimiento y/o nivel de experiencia en la temática:

De la población objetivo, se identifica que un 50 % refiere no tener información en cuanto a la prevalencia de la depresión posparto en Uruguay, el restante 50 % estima que la prevalencia es de entre un 3% y 15%. Considerando que, la prevalencia de la depresión posparto en Uruguay es del 16%. Solo 20% de las personas entrevistadas se acercaron a las cifras nacionales.

En cuanto al nivel de experiencia profesional en la depresión posparto, un 70 % de las entrevistadas refieren no haber detectado o diagnosticado episodios de depresión posparto durante su práctica profesional.

Si relacionamos los datos obtenidos con el material recabado para el marco teórico, podemos decir que la población entrevistada considera en su mayoría elementos de la esfera psicosocial como factores influyentes para el desarrollo de depresión posparto, identificando estado de ánimo de la madre, adaptación de la madre con el recién nacido, la relación que se establece entre los mismos durante la consulta y/o internación, antecedente de depresión o enfermedades psiquiátricas, participación de terceros en el cuidado del recién nacido, características de los vínculo con personas cercanas, sentimientos de ambivalencia, existencia o

persistencia de ideas negativas, emociones de rechazo o indiferencia, sentimientos de angustia, tristeza o culpa persistentes, demasiada preocupación con el niño, ser madre soltera, mantenimiento del autocuidado, abandono por parte de la pareja, abuso sexual y violencia familiar. Destacamos de estos factores de riesgo que 40% de las profesionales entrevistadas han referido la presencia de un cuadro de depresión previo o existencia de patologías psiquiátricas de base como elementos predisponentes.

En contraposición podemos decir que solamente se han nombrado como elementos biológicos que influyen en el desarrollo de depresión posparto la existencia de patologías durante el embarazo y el marcado cambio hormonal que se produce posterior al parto.

Según lo fue mencionado anteriormente, estos factores si influyen sobre el riesgo de desarrollar depresión posparto, debemos destacar que las respuestas en este punto no han sido extensas en todas las entrevistas.

Destacamos que durante la formación de la Obstetra Partera se cuenta en la currícula con Psicología Perinatal que aborda distintas temáticas y entre ellas la tratada en este trabajo, las entrevistadas en este trabajo han cursado dicha carrera con el plan educativo vigente del año 1996, por lo cual podemos decir que pese a los cambios en estructura docente

y por lo consiguiente los objetivos planteados para los cursos, se han seguido lineamientos que abarcan casi siempre la misma temática estando la que nos interesa incluida.

En Uruguay no contamos con protocolos establecidos para la detección de la depresión posparto que estén a disposición de los profesionales que se encargan de acompañar el proceso de embarazo, parto y/o puerperio de las mujeres.

En la guía de Embarazo, Parto y Puerperio propuesta por el Ministerio de Salud Pública en el año 2014 está propuesto lo que en las clases de preparación para la maternidad y paternidad deben tener como equipo básico para su desarrollo la presencia de un Psicólogo/a y una Obstetra Partera/o, pudiendo ser solicitado en esta instancia la presencia de otros profesionales de la salud dependiendo de él tema que se desarrollará; en este tipo de intervención se debe brindar apoyo y sostén además del abordaje educativo necesario para la etapa en que se encuentra la gestante. Entre los posibles temas que se proponen para desarrollar se promueve abordar acerca de los cambios emocionales que se pueden presentar durante las distintas etapas (embarazo, parto y puerperio), incluyendo la presencia de sentimientos contradictorios, incertidumbres y miedos.

También se destaca en dicha guía que las acciones que se proponen con embarazadas deben tener como planteo estimular un adecuado control, captación, educación y seguimiento; debiendo abarcar aspectos individuales, familiares, comunitarios e interinstitucionales.

CONSIDERACIONES FINALES

La Obstetra Parteras durante su formación adquiere destrezas para acompañar a la mujer durante su proceso de posparto, siendo en innumerables oportunidades el referente de las mujeres en cuanto al cuidado de su salud y acompañamiento de su ciclo vital.

Como lo vimos, las mujeres pueden presentar síntomas que indiquen un riesgo elevado de desarrollar depresión posparto y por lo consiguiente debemos considerar como esencial que durante el embarazo la mujer cuente con valoraciones que no solamente impliquen un abordaje de su estado biológico, sino que deben contemplarse aspectos sociales y psicológicos de esa gestante, para que así se pueda llevar a cabo una evaluación integral de la misma.

Pese a que los datos obtenidos han concluido que gran porcentaje de las Obstetras Parteras que se encuentran desarrollando su práctica profesional en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y Centro Hospitalario Pereira Rossell, no han realizado cursos o capacitaciones que aborden la temática tratada, podemos decir que cuentan con una concepción acerca de la alteración, que les permite realizar derivaciones

de forma oportuna para equipos tratantes, con el fin de que se realice un seguimiento adecuado de la usuaria.

Podemos plantearnos a partir del rol de observadores en el desarrollo de las entrevistas ¿qué importancia tiene el interés de la Obstetra Partera en la valoración del estado de salud de la usuaria para un diagnóstico oportuno y seguimiento correcto de la misma y su núcleo cercano? Esta interrogante nos planteamos ya que las contestaciones a los puntos planteados en este trabajo han sido diversos, siendo en algunos casos sucintas.

El perfil profesional plantea que la Obstetra Partera es el profesional capacitado para realizar actividades de prevención y educación que si lo comparamos con lo obtenido podemos considerar que pese al perfil desarrollado a partir de las prácticas brindadas por el centro de estudio, algunas profesionales toman el camino de la formación con capacitaciones ofrecidas por otras instituciones que tratan de diversas temáticas pero no necesariamente realizan aquellas que tratan la temática de depresión posparto, pudiendo así verse afectado el seguimiento integral de la mujer en durante el embarazo, parto y/o puerperio. Debemos tomar en cuenta que los servicios en los cuales se ha llevado a cabo este trabajo cuentan con herramientas concretas para el abordaje de mujeres que presentan factores de riesgo para el

desarrollo de depresión posparto, que aunque no fueron analizadas en este trabajo, podemos considerarlas como valiosas para el seguimiento del binomio aunque para que cobre este valor deben ser utilizados en momentos oportunos, pudiendo aquí intervenir el rol de la Partera.

En ambas instituciones si se detectan casos donde pueda existir el riesgo de que la mujer pueda estar desarrollando un cuadro de depresión posparto o que puedan existir factores que propicien el desarrollo de lo mismo, se trata de realizar intervenciones donde se incluya un seguimiento con el servicio de psicología médica, donde en algunas ocasiones se aplaza el alta hospitalaria del binomio con el objetivo de lograr una correcta valoración de los mismos, tratando de involucrar agentes comunitarios que puedan acompañar a la mujer en el proceso que se encuentra. Debemos poner en juego que pese a esa iniciativa que tiene su comienzo a nivel hospitalario las mujeres se ven inmersas una realidad fuera de la institución que en muchas veces provocan el alejamiento de las mismas de los servicios de salud.

Se incentiva a que en un futuro se pueda seguir realizando trabajos entorno a esta temática, con el fin de que podamos contribuir a la formación de un conocimiento que brinde herramientas para el acompañamiento de las mujeres durante su ciclo vital, enfatizando la etapa de embarazo, parto y puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAM TORRES, G. (s.f.). DEPRESIÓN POSTPARTO, HOSTILIDAD Y HÁBITOS DE SALUD. Recuperado 10 abril, 2019, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Brahm M, P., & Pérez C, F. (2017). Depresión posparto en padres ¿por qué también es importante? revista chilena de pediatría, 88(5), 582–585. Recuperado de <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/266>
3. Cabrera, M. J. (2018, febrero). Transitando el puerperio. Recuperado 10 abril, 2019, de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_maria_jose_cabrera_version_final.pdf
4. Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). ESCALA DE EDINBURGH PARA DEPRESIÓN POSPARTO: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 58(4), 277–283. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214323003.pdf>

5. Correa, P. (s.f.). Depresión masculina posparto. Recuperado 10 abril, 2019, de <http://www.postpartummen.com/pdfs/Spanish-Language-Interview-on-PPND.pdf>
6. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987, junio). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150(0), 59–64. Recuperado de https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
7. DEFEY, D. (1994a). MUJER Y MATERNIDAD, Tomo I (Ed. rev.). Montevideo, Uruguay: Roca Viva, Gnosos Ltda.
8. DEFEY, D. (1994b). MUJER Y MATERNIDAD, Tomo II (Ed. rev.). Montevideo, Uruguay: Roca Viva, Gnosos Ltda.
9. D´Oliveira, N. (2013a, 2 octubre). Depresión Materna, aportes para su comprensión y atención. Recuperado 5 marzo, 2019, de http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes43/art_14.pdf
10. D´Oliveira, N. (2013, 2 octubre). Depresión Materna, aportes para su comprensión y atención. *Tendencias en medicina*, 1(43), 59–64. Recuperado de http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes43/art_14.pdf

11. E-lactancia. (s.f.). ATC N06AA: Antidepresivos. Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas. Recuperado 18 junio, 2019, de <http://e-lactancia.org/breastfeeding/atc-n06aa-antidepressants-non-selective-monoamine-reuptake-inhibitors/group/>

12. Farías, C. (2014, noviembre). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Recuperado 10 abril, 2019, de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>

13. Jadresic M, E. (s.f.). Depresión en el embarazo y el puerperio. Recuperado 24 marzo, 2019, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003

14. Ministerio de Salud Pública. (2001, 30 agosto). LEY DE ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER EN EL PREPARTO, PARTO Y NACIMIENTO. Recuperado 10 abril, 2019, de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3015436.htm>

15. Ministerio de Salud Pública. (2014). GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL

PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. Recuperado 18 junio, 2019, de <http://endosuem.org uy/wp-content/uploads/2015/06/Gu%C3%ADa-de-EMBARAZO-y-PARTO-MSP.pdf>

16. Oviedo Lugo, G., & Jordán Mondragón, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 47(2), 131–140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675004>

17. PEÑA, D., & CALVO, J. M. (2010). Aspectos clínicos de la depresión posparto. In M. O. PARRA PINEDA, & E. A. MULLER (Eds.), *Obstetricia integral Siglo XXI* (Ed. rev., pp. 420–429). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>

18. Pérez Villegas, R., Sáez Carrillo, K., Alarcón Barra, L., Avilés Acosta, V., Braganza Ulloa, I., & Coleman Reyes, J. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(3), 187–191.

19. Sierra Manzano, J. M., Carro García, T., & Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *ATENCIÓN PRIMARIA*, 30(2), 103–111. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-variables-asociadas-al-riesgo-depresion-13033746>

20. SOFIER, R. (1987). ANSIEDADES ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO. En Psicología del embarazo, parto y puerperio. (Ed. rev.). Buenos Aires, Argentina: KARGIEMAN.
21. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD. In S. J. Taylor, & R. Bogdan (Eds.), Introducción a los métodos cualitativos en investigación, La búsqueda de los significados (Ed. rev., pp. 100–132). Recuperado de https://www.onsc.gub.uy/enap/images/stories/MATERIAL_DE_CURSOS/Entrevista_en_profundidad_Taylo_y_Bogdan.pdf
22. Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Recuperado 10 abril, 2019, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
23. Winnicott, D. W. (1994). Conozca a su niño, Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia (2ª ed.). Barcelona, Barcelona-Buenos Aires-México: Ediciones PAIDÓS.

APÉNDICE Y ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTAS

ENTREVISTA NÚMERO 1:

Datos:

Lugar de Trabajo: Hospital de Clínicas.

Edad: 30 años.

Año de Egreso Universitario: 2013.

Año de Ejercicio Profesional: 6 años.

Año de ingreso a la Institución: 2015.

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación? SI.

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto? No.

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

¿Cuál es la información que maneja al respecto?

REPUESTA: No, manejo generalidades, sobre todo lo que se dio en psicología durante la carrera.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Si, en el puerperio indago estado de ánimo y como se siente con el Recién Nacido

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Antecedentes personales de depresión, relación y/o actitud de la madre con Recién Nacido durante la consulta y/o internación.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar SÍ, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: SI, he detectado casos en donde se nota una actitud apática o desinteresada por el Recién Nacido, en donde vincule a la paciente con psicología. En casos de malformaciones fetales y/o diagnósticos de Síndrome de Down. También vinculando con equipo de psicología y aportando información y/o apoyo en lo que se relacione al caso. Ejemplo: extracción de leche materna en un Recién Nacido con patología o prematurez

ENTREVISTA NÚMERO 2:

Datos:

Lugar de Trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 30 años

Año de Egreso Universitario: 2017

Año de Ejercicio Profesional: 1 año

Año de ingreso a la Institución: 2019

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: No

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

¿Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: No

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Apego Madre-Bebé, acompañante, su participación.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: No

ENTREVISTA NÚMERO 3:

Datos: Lugar de Trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 28 años

Año de Egreso Universitario: 2016

Año de Ejercicio Profesional: 3 años

Año de ingreso a la Institución: 2010

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: SI

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No conozco la prevalencia en Uruguay. No sé si hay estudios o relevamientos recientes.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Si se realiza, pero no en forma protocolizada. Creo que falta actualización y sensibilización. Muchas veces nos damos cuenta de algunos factores de riesgo, pero no se realiza el abordaje integral, se realizan derivaciones.

Indagamos sobre: sentimientos de ambivalencia, persistiendo en esos casos ideas o emociones negativas.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Los factores que notamos son la interacción y vínculo con el recién nacido, conductas predictivas de apego inseguro o ambivalente. Si manifiesta emociones de rechazo o indiferencia.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: De riesgo elevado sí, pero no de un caso concreto.

La usuaria manifiesta sentirse molesta e irritable cada vez que el bebé lloraba y no lo consolaba, se molestaba, estaba frustrada y con algunas ideas alusivas a una depresión por su estado de puérpera, decía: no quiero tocar al bebé ni hablarle.

Lo que hice fue derivación, interconsulta con equipo de salud mental. No juzgarla, validar emociones ambivalentes, tratar de ganar su confianza.

ENTREVISTA NÚMERO 4:

Datos:

Lugar de Trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 30 años

Año de Egreso Universitario: 2015

Año de ejercicio Profesional: 4 años

Año de ingreso a la Institución: 2018

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: Si

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: No

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

¿Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No

2- En el contacto con la usuaria ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Sí, antecedentes personales de patologías psiquiátricas, relación con sus vínculos más cercanos, situaciones particulares que puedan llevar a esa situación durante la gestación (accidentes, enfermedades, fallecimientos, etcétera), patología durante el embarazo e historias obstétricas.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Todas las anteriores

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: Sí, particularmente he experimentado situaciones donde mediante el diálogo con la usuaria valoro los ítems de la pregunta 2 y consulto con el equipo de psicología médica quién es el que realiza el diagnóstico.

ENTREVISTA NÚMERO 5:

Datos:

Lugar de Trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 29 años

Año de Egreso Universitario: 2016

Año de Ejercicio Profesional: 2 años

Año de ingreso a la Institución: 2019

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: No

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

¿Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No exactamente, supongo que ronda el 10% de puérperas. No cuento con mucha información.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: No directamente, se pueden visualizar actitudes y comportamientos que te guíen a plantear el diagnóstico, como por ejemplo, falta de apego, angustia, tristeza, culpa, rechazo por el niño o demasiada preocupación.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Sí, todos los mencionados anteriormente.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto ó riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: No.

ENTREVISTA NÚMERO 6:

Datos:

Lugar de Trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 39 años

Año de Egreso Universitario: 2014

Año de Ejercicio Profesional: 5 años

Año de ingreso a la Institución: 2009

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: No

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

¿Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: Sí, 3%.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Sí, sobre factores de riesgo que puedan incidir en la depresión posparto. Por ejemplo, si la usuaria ya tiene o sufrió de depresión. También sobre conformación familiar y como pasó el embarazo.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Los más importantes son la contención familiar, ya que es uno de los factores que la pueden desencadenar, el antecedente de depresión, la complicación del embarazo por una patología de alto riesgo, si es un embarazo buscado o no, ser madre soltera.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: No

ENTREVISTA NÚMERO 7:

Datos:

Lugar de trabajo: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Edad: 25 años

Año de Egreso Universitario: 2017

Año de ejercicio profesional: 1 año

Año de ingreso a la Institución: 2019

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: Sí

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: Considero que la prevalencia de depresión posparto ronda el 20%. Destacó la importancia de la indagación durante el embarazo como futuro incidente dado que la prevalencia durante este es del 10%

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Sí, hacemos énfasis en aspectos sobre tristeza o angustia, preocupación excesiva sobre el cuidado del recién nacido o por el contrario el desinterés. Por otra parte se interroga sobre actividades habituales que generaban placer o felicidad, cuidado personal, higiene, actividades, alimentación, acompañamiento de la usuaria, entorno y elementos de violencia familiar.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Los anteriormente expuestos.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto ó riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿qué medidas se toman?

RESPUESTA: No

ENTREVISTA NÚMERO 8

Datos:

Lugar de trabajo: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Edad: 38 años

Año de Egreso Universitario:2014

Año de ejercicio profesional: 5 año

Año de ingreso a la Institución: 2014

¿Ha realizado/realiza cursos de actualizacion/capacitacion?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: No

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?
Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No conozco cual es la prevalencia de la depresión posparto en Uruguay

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Si, con mis puérperas. Trato de acompañarlas durante su internación. Siempre a lo que enfoco es a la prevención, eso también cuando estamos en los cursos de preparación para el parto. Se le explica que como proceso fisiológico se puede dar una descarga hormonal muy grande, bajan hormonas y aumentan otras que nos pueden dar angustia o el sobre exceso que significa tener un niño o un nuevo integrante en la familia. Muchas veces las las mujeres se ven desbordadas y eso las puede llevar a tener una cierta depresión, pero esa depresión que se da generalmente en el posparto o en el puerperio nunca puede llegar y nosotros siempre tratamos de decirles que si ella no consigue realizar su

propia higiene, que no consigue realizar su propio cuidado o sea, que no se da cuenta que el bebé necesita su cuidado y ella no los puede hacer que ella consulte; o ante la angustia que es normal obviamente que nos angustiamos o lloremos pero si todo nos hace llorar o vemos que lo que dicen la afecta demasiado debe consultar en puerta de emergencia. O que visite al personal de salud que siempre está a cargo de recibir, antes que llegue a una depresión severa.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Esos mismo que decía, cómo se siente ella consigo misma con su atención personal, si consigue hacerla y si sólo ella está atenta al bebé.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: No. Nunca en los años de egresada he detectado una depresión posparto.

ENTREVISTA NÚMERO 9:

Datos: Lugar de trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 27 años

Año de Egreso Universitario: 2016

Año de ejercicio profesional: 2 años

Año de ingreso a la Institución: 2017

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: NO

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No recuerdo bien, ronda cerca del 15%.

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Si valoramos la actitud y cuidado que presenta frente a ella misma y al recién nacido. La higiene de ella y del recién nacido. El entorno que presenta, ya sea pareja, amigos, familia, quien la contiene.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: Considero que el autocuidado, así como elementos de lesión, nos hablan de un mayor riesgo.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto ó riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿qué medidas se toman?

RESPUESTA: NO

ENTREVISTA NÚMERO 10:

Datos: Lugar de trabajo: Centro Hospitalario Pereira Rossell

Edad: 33 años

Año de Egreso Universitario:2007

Año de ejercicio profesional: 10 años

Año de ingreso a la Institución: 2017

¿Ha realizado/realiza cursos de Actualización/Capacitación?

RESPUESTA: SI

¿Alguna capacitación o actualización es específica de depresión posparto?

RESPUESTA: NO

Preguntas:

1- ¿Conoce cuál es la prevalencia de la Depresión Posparto en Uruguay?

Cuál es la información que maneja al respecto?

RESPUESTA: No lo se bien, creo que es un 10%

2- En el contacto con la usuaria, ¿Se indagan elementos buscando identificar el riesgo de depresión posparto? ¿Cuáles?

RESPUESTA: Si, problemas en el curso del embarazo, ya sea violencia doméstica, abuso sexual, abandono de la pareja y abandono de la pareja y/o familia. También antecedente de depresión, desvinculo con el recién nacido, irritabilidad, llanto excesivo, sentimiento de culpa por algo ocurrido en el pasado y situación de calle.

3- De los elementos de la clínica que se indagan u observan en la consulta, ¿Cuáles aportarían información para identificar el riesgo?

RESPUESTA: desvinculo materno, sentimientos de culpa, llanto excesivo y situación de calle.

4- ¿Ha detectado durante una consulta puerperal posibles casos de Depresión Posparto o riesgo elevado de desarrollar el cuadro? En caso de contestar Sí, ¿Cómo ha llegado a detectarlo? ¿Qué medidas se toman?

RESPUESTA: NO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigida a los participantes. La temática seleccionada es “El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto”.

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre “El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto” realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitán.

.....

.....

Firma del participante

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante


.....
Fecha

Katiushka Villalba
OBSTETRA-PARTERA
CJP. 106 812

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante

28/07/19
.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante

3.11.7.19
.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".


El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante

31/7/2019
.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante


.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante

29/07/2019
.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

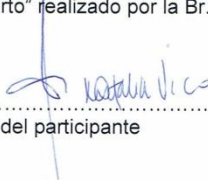
El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante

20/7/19
.....
Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.

.....*Yessica Manzanares*.....
Firma del participante

.....29/07/19.....
Fecha

YESSICA MANZANARES
OBSTETRA PARTERA
C.J.P. 164647

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Escuela de Obstetras Parteras perteneciente a Facultad de Medicina. Como parte de los requisitos para egresar de dicha carrera universitaria se debe llevar a cabo la realización de un trabajo final, el cual en nuestro caso se desarrollará mediante la realización de una investigación con entrevistas semi-dirigidas a los participantes. La temática seleccionada es "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto".

El objetivo del estudio es analizar la práctica profesional de las Obstetras Parteras en relación a la detección precoz de la Depresión Posparto.

Usted a sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar preguntas que le haremos y que le llevarán aproximadamente 15 minutos.

Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será confidencial y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en el estudio en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. Luego de la finalización del trabajo, los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Parteras si así desea solicitarlo.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre "El rol de la Partera en la detección precoz de la Depresión Posparto" realizado por la Br. Rina Fagúndez Silva y la Br. Olga Pereira Gaitan.


.....
Firma del participante


.....
Fecha

ANEXO 3

AVAL DE COMITÉ DE BIOÉTICA Y CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA