



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

DEPRESIÓN PUERPERAL EN MUJERES QUE ASISTEN A UNA POLICLÍNICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MONTEVIDEO

Autores:

Br. Aristimuño, Natalia

Br. Gularte, Gabriel

Br. Milán, María José

Br. Olivera, Cinthya

Br. Santana, Silvana

Tutor:

Prof. Agdo. Álvaro Díaz

Prof. Asist. Mariela Grasss

Prof. Asist. José Medina

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a nuestras familias que desde el inicio de la carrera nos han apoyado incondicionalmente.

Por otra parte también se quiere agradecer a las personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a los tutores de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido.

También se agradece a los funcionarios de la policlínica en la que se realizó la investigación, a los administrativos, auxiliar de enfermería y a la coordinadora por permitirnos llevar a cabo la investigación en el servicio de primer nivel de atención, quienes de manera anónima colaboraron desde el primer día brindando su apoyo en todo momento.

A todos ellos, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

Glosario	1
Resumen	2
Metodología	3
Introducción	4
Justificación científica	5
Marco teórico	8
Objetivos	14
Resultados	15
Análisis	26
Conclusión	29
Propuestas	30
Citas bibliográficas	31
Anexos	33

GLOSARIO

DPP- Depresión post-parto

EPDS- La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

DSM- IV- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

TAE- Trastorno afectivos estacionales

RESUMEN

La realización del trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la prevalencia de depresión postparto en mujeres que asistieron a los controles pediátricos del primer año de vida de su hijo.

La misma se llevó a cabo en la policlínica Casavalle durante tres semanas que están comprendidas entre el 6 y el 24 de octubre de 2014 en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

El trabajo consistió en el desarrollo de una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, realizada mediante la aplicación de un instrumento elaborado que incluye una valoración a la puérpera con los sistemas priorizados y la escala de Edimburgo.

En el inicio se aplicó el instrumento a tres usuarias que cumplían con los criterios de inclusión, los cuales se utilizaron para la prueba piloto. A partir de dicha prueba se detectó un error de impresión en la escala de Edimburgo el cual fue modificado para comenzar su posterior aplicación a la muestra seleccionada.

En el desarrollo de la investigación, se debió realizar cambios en los criterios de inclusión debido a la inasistencia de la pediatra de la policlínica.

El instrumento fue aplicado a 31 puérperas sin incluir a las mujeres que se utilizaron para la prueba piloto. Se logró estudiar las variables que se plantearon al inicio de la investigación permitiendo llegar al cumplimiento de los objetivos.

En cuanto al objetivo general se logró obtener información sobre la prevalencia de depresión postparto de la población estudiada. La misma fue de un 41,94%.

METODOLOGÍA

El trabajo consiste en el desarrollo de una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal referida al tema de depresión postparto de las mujeres que asisten a los controles pediátricos de su hijo de hasta un año de vida, a la policlínica del primer nivel de atención Casavalle.

El universo de estudio constituye a todas las puérperas que asistan a controles pediátricos en el periodo de realización del estudio. Se contó con un universo de 70 puérperas que se asisten a la policlínica de Casavalle.

La selección de la muestra será mediante criterios de exclusión e inclusión determinados por los aspectos relevantes a la investigación a realizar. Los criterios de inclusión son: Madres que concurren a consulta pediátrica a demanda hasta los 12 meses de edad del niño y madres que acuden a control pediátrico agendado con hijos de hasta 12 meses de edad. Los criterios de exclusión son: Mujeres que cursan el puerperio inmediato y mediano; Mujeres que asisten al control pediátrico con hijos mayores de 12 meses de edad y Mujeres con antecedentes de patologías psiquiátricas crónicas. La muestra seleccionada para realizar el trabajo final fue de 31 usuarias.

Para llevar a cabo la investigación se elaboró un instrumento que consta de la valoración a la puérpera y la escala de Edimburgo. Dicha valoración está formada por datos patronímicos, antecedentes personales y ginecoobstétricos y la valoración de los sistemas ginecoobstétrico y psicosocial.

Previo a comenzar la investigación se realizó una prueba piloto en el servicio aplicando el instrumento elaborado a tres puérperas, para comprobar la validez y confiabilidad del mismo donde se constató un error en la puntuación de la escala, la cual se corrigió para poder continuar con su correcta aplicación. También a partir de la prueba piloto se realizaron cambios en el consentimiento informado.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, plan de estudios 1993, que se encuentran cursando el cuarto ciclo de la Licenciatura en Enfermería correspondiente a la elaboración del trabajo final de investigación en la cátedra de Salud Mental.

La DPP es un tema de sensibilización social debido a que se produce una alteración en el vínculo madre-hijo desde el nacimiento del niño provocando consecuencias en el crecimiento y desarrollo del mismo.

Esta situación si no es detectada a tiempo y tratada aumenta el riesgo de desarrollar depresión crónica y puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para su hijo.

El tema fue elegido con el fin de realizar un estudio de prevalencia y obtener datos actuales sobre el mismo, ya que se encontró en nuestro país un único estudio sobre la prevalencia de DPP.

La investigación se llevó a cabo en la policlínica del primer nivel de atención Casavalle, en la ciudad de Montevideo durante tres semanas del mes de octubre de 2014, donde la muestra fue de 31 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión. Para desarrollar la investigación nos planteamos la pregunta ¿cuál es la prevalencia de depresión postparto en mujeres que acuden a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo a realizar los controles pediátricos del primer año de vida en el período comprendido entre el 6 y el 24 de octubre de 2014?

JUSTIFICACIÓN

Para llevar a cabo la investigación, se inició con una revisión bibliográfica de investigaciones a nivel de América del Sur en lo referido al tema. "La mujer después del parto pasa normalmente por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, molestias puerperales, preocupación por el bienestar del recién nacido. Hay que identificar el estado emocional y dar apoyo profesional cuando se requiera". (1)

Según De Cassia Lopes, Higuti. P en un estudio realizado en Brasil, Universidad de Santo Amaro "La DPP puede ser considerada, un cuadro depresivo que afecta aproximadamente del 10 al 15% de las puérperas. Aunque halla investigaciones sobre ese tema hay todavía muchas interrogantes sobre los factores que envuelven esa enfermedad. Dentro de un contexto multifactorial, notamos que las cuestiones que contribuyen para el desarrollo de la enfermedad son esencialmente psicosociales, aunque halla la presencia también de factores biológicos y sociales". (2)

En nuestro país, se halló el estudio de Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira (2010). Se ha encontrado en este estudio, que "abarca madres de diferentes estratos sociales de la ciudad de Montevideo" (4), "donde no estuvieron incluidas mujeres de clase alta ya que fue imposible que participaran las instituciones que se atienden estas mujeres" (13); "la prevalencia de 16.5% de depresión materna en el primer año. Aparece asociada a circunstancias de la vida como dificultades en la relación de pareja y falta de soporte del entorno cercano, estando en algunos casos precedida de otros períodos en que las madres relatan haber tenido estados de ánimo coincidentes con lo que denominamos "depresión". (4)

¹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de la Salud de la mujer y género. *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*. Capítulo: Normas de atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio; 2008.

² De Cassia Lopes Higuti. P. Depresión Postparto. Rev. Enferm. UNISA (Sao Paulo, Brasil) 2003; 4: 46-50.

⁴ Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira. N. De- presiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto: un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, Uruguay; [2010]

¹³ Entrevista a Denisse Defey, realizada el 19 de agosto de 2014, Montevideo, Uruguay.

"En el Banco de Previsión Social, se realizó en el año 2002 (Addiego y cols) un estudio en el marco de los Centros Materno-Infantiles y la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión social. Se aplicó la Escala de Edimburgo a todas las madres que concurren a los servicios durante el mes de junio de dicho año y cuyos hijos tuvieran entre 45 y 75 días, completándose un total de 57 madres. Aquellas madres que tuvieron un puntaje igual o mayor a 10 (14 madres) fueron entrevistadas con fines de captación para su posterior atención. Los puntajes obtenidos fueron: 66% inferior a 10, 29% igual o mayor a 10 y 5% mayor o igual a 12."⁽⁴⁾

En la Escuela de Parteras, Facultad de Medicina (Berruti 2009) En calidad de trabajo de egreso para la obtención de su título de Obstetra Partera, Vanessa Berruti tomó como muestra 154 madres en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo), teniendo como metodología la aplicación de la Escala de Edimburgo (evaluada con un punto de corte de 12) y un cuestionario ad-hoc. Del total de 142 encuestas válidas, encontró una prevalencia de 18.3% de depresión materna en el primer año. Estos resultados se asociaron: la edad (a mayor edad, más depresión), nivel educativo (a mayor nivel, mayor depresión), número de hijos (más de dos), cesárea, antecedentes personales de depresión, el no tener pareja o tener conflictos en la pareja y dificultades de vivienda. Discute la relación de algunas de estas variables con la condición de pobreza de las madres."⁽⁴⁾

También se verificó en el estudio de Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira que el nivel educativo se asocia a la depresión, pues cuando se indaga sobre el mayor nivel educativo formal alcanzado por la madre, se encuentra una mayor prevalencia en aquellas mujeres de menor nivel educativo. En este caso las mujeres con niveles de educación superior (universitarias) no llegan al 5% de prevalencia, y las con menor nivel educativo (primaria) presentan niveles particularmente altos, de 28, 3%.⁽⁴⁾

4 Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira. N. De- presiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, Uruguay; [2010]

En una intervención, Heneghan y Cols (2007) "refieren que para las mujeres de entre 15 y 44 años, la depresión es la primera causa de afección de la salud en el mundo. Señalan que entre 8 y 12% de las mujeres sufren de depresión postparto (definida como un término global que abarca un amplio rango de síntomas y síndromes depresivos) pero un número dos veces mayor puede presentar síntomas depresivos marcados. La prevalencia se ve aumentada en mujeres con hijos pequeños, con más de un hijo o con dificultades económicas."⁽⁴⁾

4 Corbo, G. Defey, D. D' Oliveira, N. Depresiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia. Montevideo, Uruguay; [2010]

MARCO TEORICO

El Proceso Salud-Enfermedad: "Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentra. En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces con la participación de la población y el equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos".⁽⁶⁾

Según la O.M.S: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.⁽¹¹⁾

La Salud Mental: "Es un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progrediente, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social".

(12)

La Depresión es: "Tristeza y desgana, patológicas por su intensidad y duración. Es un término relativamente moderno; nació con la revolución industrial y alude a la falta de presión en el ser humano por analogía con la máquina de vapor. Hoy muy en boga como manifestación de desánimo, congoja o conflicto. Suele

6 Universidad de la República. Facultad de Enfermería [Internet]. Montevideo: Proceso Salud-Enfermedad. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan>

11 Organización Mundial de la Salud. Atención primaria en salud. OMS 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

12 Capezzuto, B, et al. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro. FEFMUR; 2005. Cap 1.p 26.

confundirse con la melancolía, voz que gozo de mucho prestigio en la antigüedad. Ahora se tiende a reservar el nombre de melancolía para aquellos casos graves de depresión susceptibles de ser remediados por vía psicofarmacológica. La depresión suele acompañarse de abulia, angustia, anhedonia, cansancio, distraibilidad, inapetencia, insomnio. Impotencia, irritabilidad, pesimismo, y retraimiento. Contribuyen a la depresión una disposición heredada, una hipofunción del sistema adrenérgico y un conflicto existencial. También es manifiesta su relación con los ritmos biológicos (téngase en cuenta los trastornos afectivos estacionales). En qué medida operan aquí los factores neurológicos y psicosociales aun no lo sabemos a ciencia cierta. El DSM/IV distingue: 1- depresión mayor (296.2). Síndrome depresivo grave, episódico, que dura más de 2 semanas y no es consecuencia de ninguna enfermedad orgánica ostensible. 2- Trastorno bipolar (296.6). Alternación de episodios de depresión mayor, con otros de manía. Se llama bipolar II, cuando la depresión mayor se asocia con hipomanía. 3- Ciclotimia (301.13). Alternancia de numerosos episodios de hipomanía y depresión leve que dura, por lo menos, un par de años. 4- Distimia (300.40). Estado de ánimo deprimido que dura más de dos años, también se denomina neurosis depresiva. A diferencia de los cuadros anteriores de preponderante filiación endógena, en la distimia privan los conflictos humanos. La depresión suele aparecer pasados los 20 años a raíz de una pérdida. Es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (diferencia que resulta más notoria en la depresión unipolar, en el TAE y en la disforia maniaca). En el cuadro clínico de la depresión infantil se destaca la angustia de separación, en la depresión de los adolescentes, la actuación (drogas, por ejemplo), y en la de los viejos la confusión y las amnesias". (7)

El Puerperio se define como: "proceso que tiene una duración de 45 a 60 días, dividido en cuatro fases:

a) Inmediato: comprende las primeras 24 Hs.

7 Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría. Editorial medica panamericana: Buenos Aires, Argentina; [1995]. Vidal, G, Alarcón. R, Lolas. F; tomo I. p. 190-1.

- b) Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día.
- c) Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto.
- d) Tardío: puede llegar hasta los 60 días postparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa". (5)

La Depresión postparto: Es el período de postparto es la que ocurre en las cuatro semanas después del parto. El grado de depresión oscila desde una depresión transitoria leve hasta trastornos depresivos psicóticos o neuróticos.

(8)

Los puerperal blues "suelen suceder en las mujeres en los primeros días después del nacimiento del bebé, teniendo un pico en el cuarto día después del parto y remitiendo de manera espontánea, como máximo en dos semanas. Incluye llanto fácil, labilidad de humor, irritabilidad y comportamiento hostil para con sus familiares y acompañantes. Esos cuadros normalmente no necesitan de intervención farmacológica, el abordaje consta en mantener soporte emocional, comprensión y ayuda en los cuidados del bebé. Evidencias sugieren que la depresión postparto puede ser parte o continuación de la depresión iniciada en la gestación". (3)

Factores hereditarios y constitucionales de DPP: "El grupo de familias con herencia maniaco depresiva es el que ofrece las relaciones genéticas más significativas (D.Hill, 1951). Pero los autores contemporáneos tienden a dar más importancia a los factores etiológicos actuales, sean psicosociológicos, sean fisiopatológicos. El carácter pre psicótico o la predisposición neuropática existiría en un 50% de los casos (G. Schneider, 1957) en forma de inhibición del desarrollo de la personalidad y en una anormal reactividad emotivo-vegetativo; se observa especialmente un infantilismo morfológico y funcional muy prolongado, en muchos casos en la biografía de las mujeres que

5- Cassella C, Gómez V, Maidana D. Puerperio normal. Rev Posgrado Cátedra VI Medicina [Internet] 2000; (100): 2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm [consulta: 24 mar 2014].

8- Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet] 2013; 27(3): 185-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lang=es [consulta: 15 oct 2014].

3- Sciorilli Camacho R, Caramboni Cantinelli F, Ribello C, Cantilino A, Gonsales K, Braguittoni E, et al. Trastornos psiquiátricos en la gestación y en el puerperio: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Psiquiatr [Internet] 2006; 33(2): 92-102. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf> [consulta: 24 mar 2014].

presentan trastornos psíquicos puerperales (Smalldon, 1940; Jacobs 1943; Ryles, 1961)". (9)

Factores psicosociales: "El embarazo como acontecimiento representa un factor psicosocial de gran importancia, que modifica todas las condiciones y las perspectivas de la vida de la mujer (Hélène Deutsch). De ahí las protecciones múltiples que entonces la rodean unas de orden social otras de orden psicológico, mágico o racional. Incluso en el embarazo normal es bien conocida la frecuencia de modificaciones psicológicas ligeras, los "antojos" (H. R. Klein y cols. 1950). Insensiblemente se pasa de estas modificaciones a modos neuróticos de defensa contra el acontecimiento deseado y temido: el hijo, el marido, el grupo, entran en este complejo de nuevas relaciones, a menudo ambiguas y ansiógenas. Y es que la maternidad actualiza y remueve los problemas de la integración psicosexual (Tetlouw, 1955; Daniels, 1954)". (9)

Factores endocrinos: "Las modificaciones endocrinas están en correlación con los trastornos mentales (hipótesis, suprarrenales, tiroides). La actividad hipofiso ovárica habitual es sustituida por una producción hormonal nueva, debido al cuerpo amarillo, a la placenta y las glándulas mamarias. Según Jayle aparecen dos momentos maximales de las nuevas secreciones endocrinas. Al final del tercer mes, se manifiesta el aumento de las hormonas gonadotropas, y al final del embarazo se produce una elevación considerable de los esteroides. Después del parto, el retorno de las cifras hormonales a la normalidad es rápida. Se han investigado las relaciones entre las psicosis puerperales y las perturbaciones hormonales a través de las dosificaciones hormonales directas o a través de los datos indirectos⁷ obtenidos por el citodiagnóstico vaginal. Es un hecho incontestable el que las psicosis puerperales van acompañadas por lo general de modificaciones significativas. Según Hemphill, el factor hormonal influye en la "depresión puerperal" como las depresiones de la menopausia. La tesis sostenida por Delay y sus colaboradores incita a buscar las correlaciones endocrinas de las psicosis puerperales en la falta de retorno a la normalidad del ciclo ovárico- hipofisario a causa del estado de la mucosa uterina. Sería un caso particular de "metrosis de receptividad" (Moricard)". (9)

⁹ Henry Ey; Bernard, P; Brisset, Ch. Tratado de Psiquiatría. 8 va. Ed. Barcelona: Masson; 1998. P 709-10.

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS): se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

(10)

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (10)

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

10 Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh, Revista Británica de Psiquiatría. Junio de 1987, Volumen 150. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/ths/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. ⁽¹⁰⁾

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán ⁹evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan". ⁽¹⁰⁾

10 Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. Revista Británica de Psiquiatría. Junio de 1987, Volumen 150. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/lhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la prevalencia de depresión postparto en mujeres que asisten a los controles pediátricos del primer año de vida de su hijo en una policlínica del primer nivel de atención durante el período comprendido entre el 6 y el 24 de octubre de 2014 en Montevideo, Uruguay.

Objetivos específicos

- 1- Captar la población de estudio
- 2- Aplicar el instrumento de valoración y escala de Edimburgo.
- 3- Caracterizar la población de mujeres.
- 4- Identificar los factores de predisponentes en la población de estudio.

RESULTADOS

TABLA N° 1: Distribución según la edad de las puérperas estudiadas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Edad (años)	FA	FR %
12 a 18	3	9,68%
19 a 34	25	80,65%
mayor a 35	3	9,68%
Total	31	100%

Gráfico N° 1:

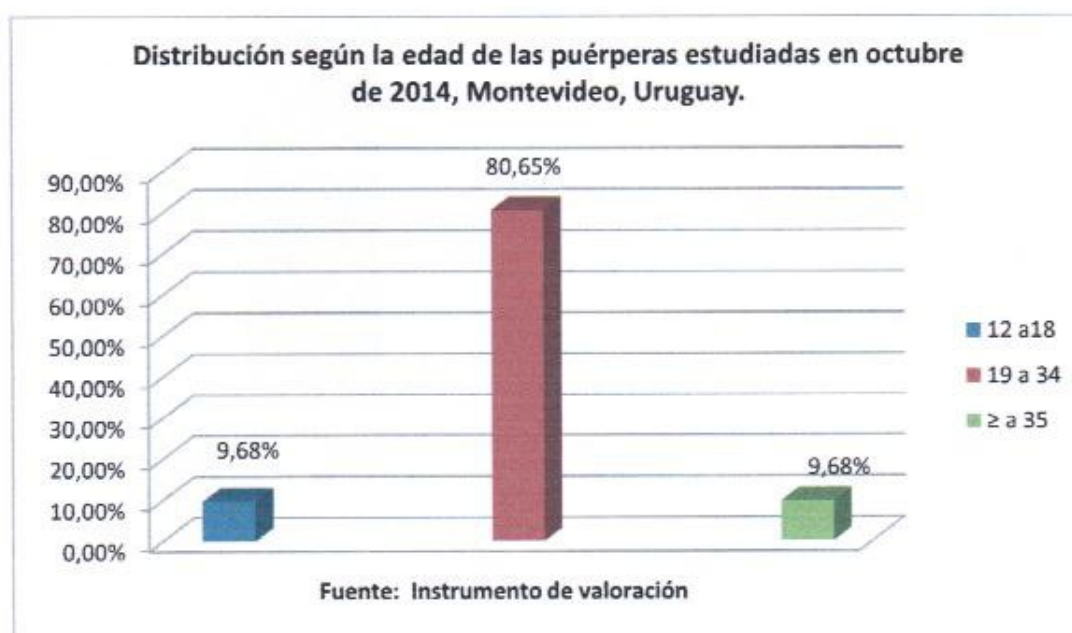


TABLA N° 2: Distribución según la presencia de pareja de las puérperas estudiadas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Pareja	FA	FR %
SI	31	100%
NO	0	0%
Total	31	100%

Gráfico N° 2:

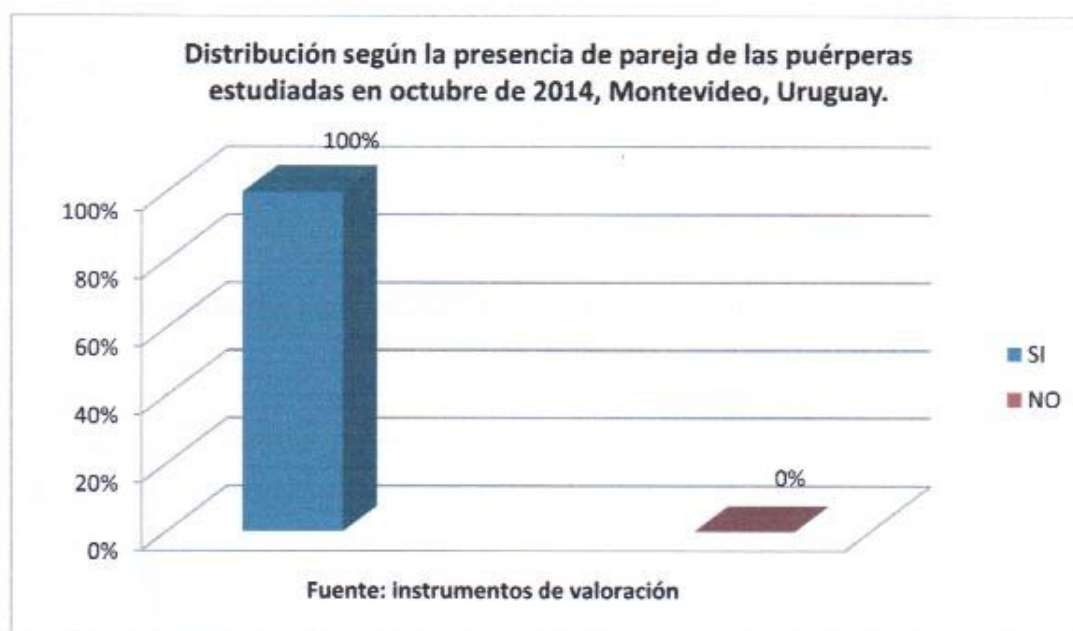


TABLA N° 3: Distribución según motivo de consulta en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Motivo de consulta	FA	FR %
Programado (consulta del niño agendadas)	14	45,16%
Vacunación	6	19,35%
Odontología	1	3,23%
Medicina general	1	3,23%
Nutricionista	1	3,23%
A demanda	6	19,35%
Sin datos	2	6,46%
Total	31	100%

Gráfico N° 3:

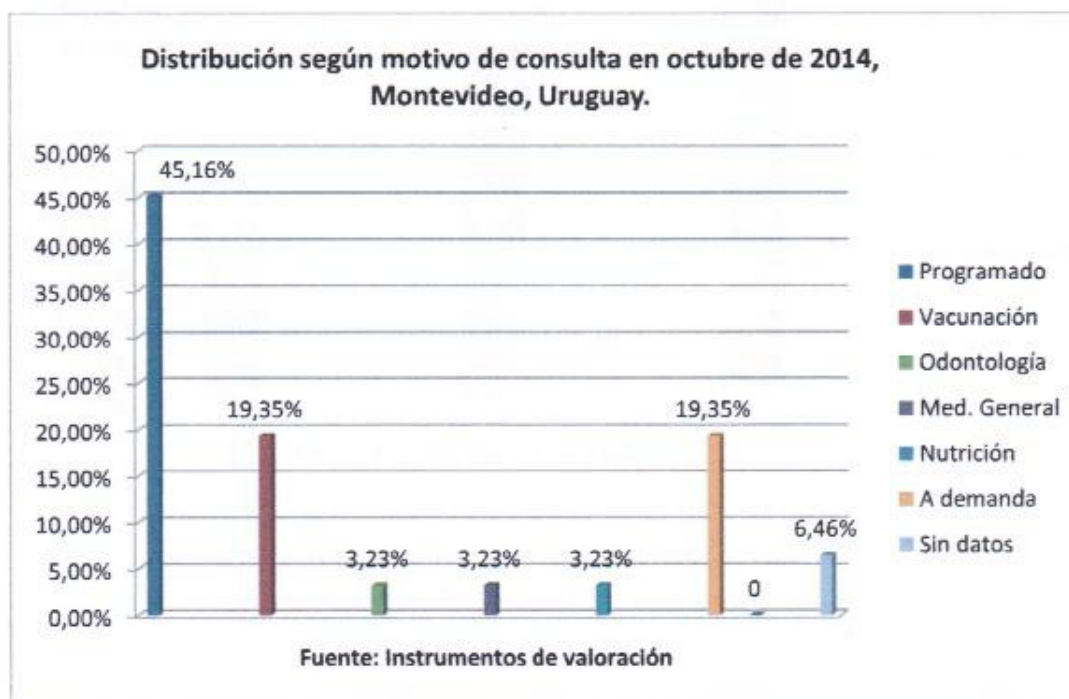


TABLA N° 4: Distribución según nivel de instrucción de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	5	16,13%
Primaria completa	12	38,71%
Secundaria incompleta	14	45,16%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 4

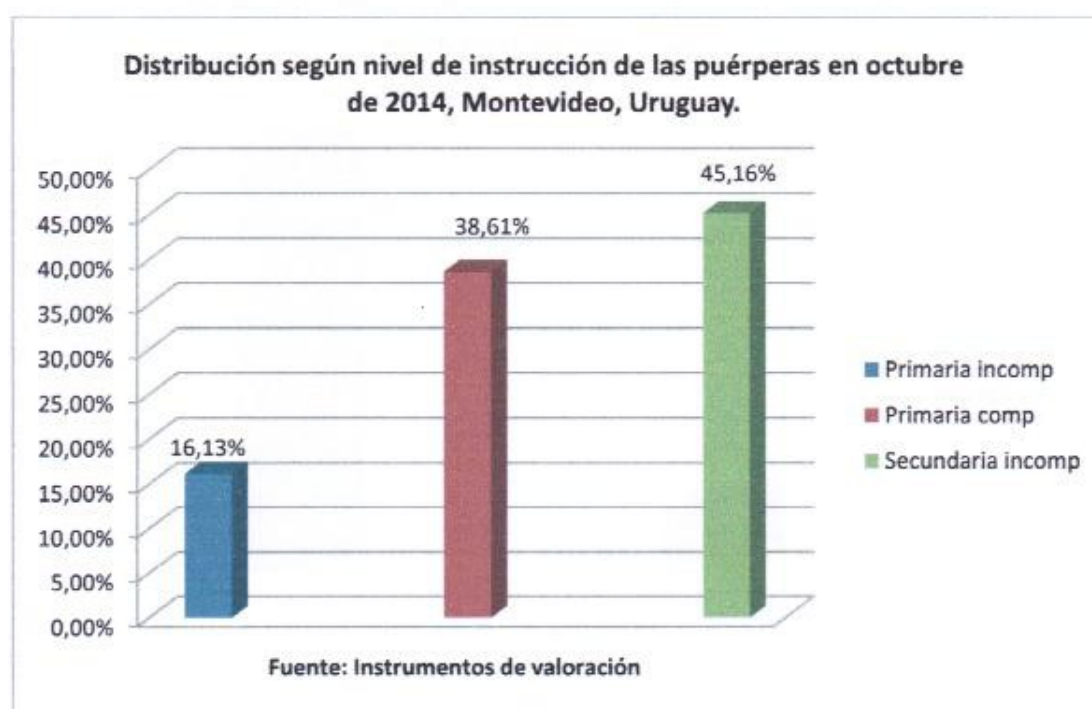


TABLA N° 5: Distribución según la ocupación de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Ocupación	FA	FR%
Desempleada	27	87,10%
Empleada	4	12,90%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 5:

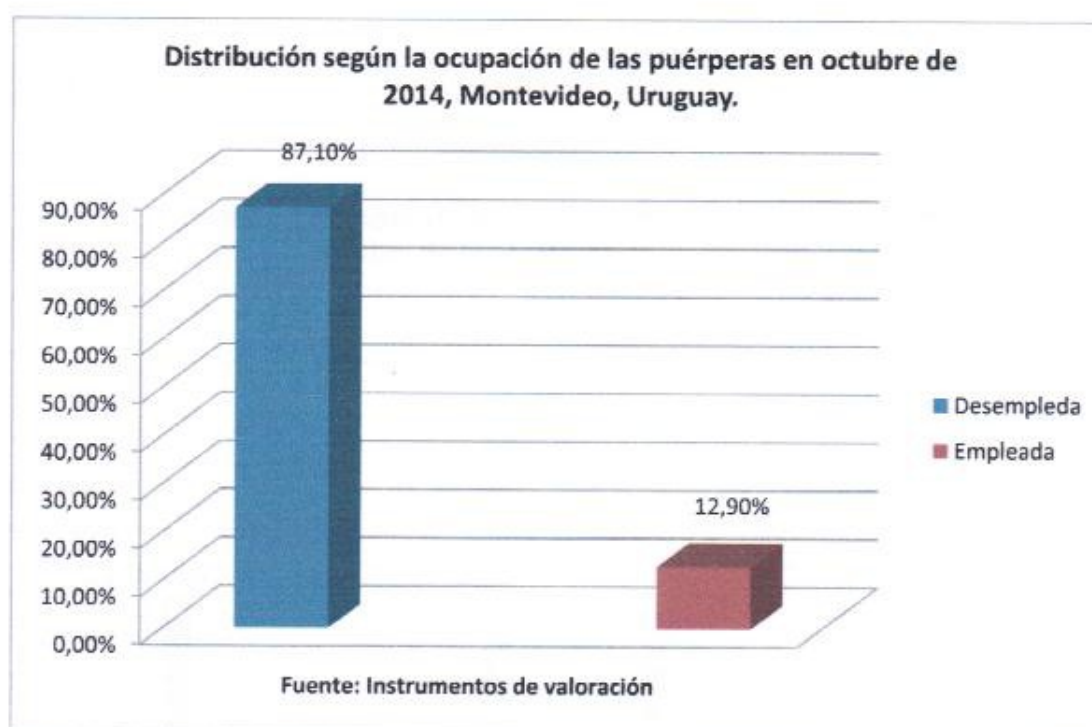


TABLA N° 6: Distribución según el soporte económico de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Soporte económico	FA	FR%
Sueldo	11	35,48%
Pensión	2	6,45%
Asignación familiar	25	80,65%
Plan de equidad	10	32,26%
Tarjeta Inda	2	6,45%

GRÁFICO N° 6:

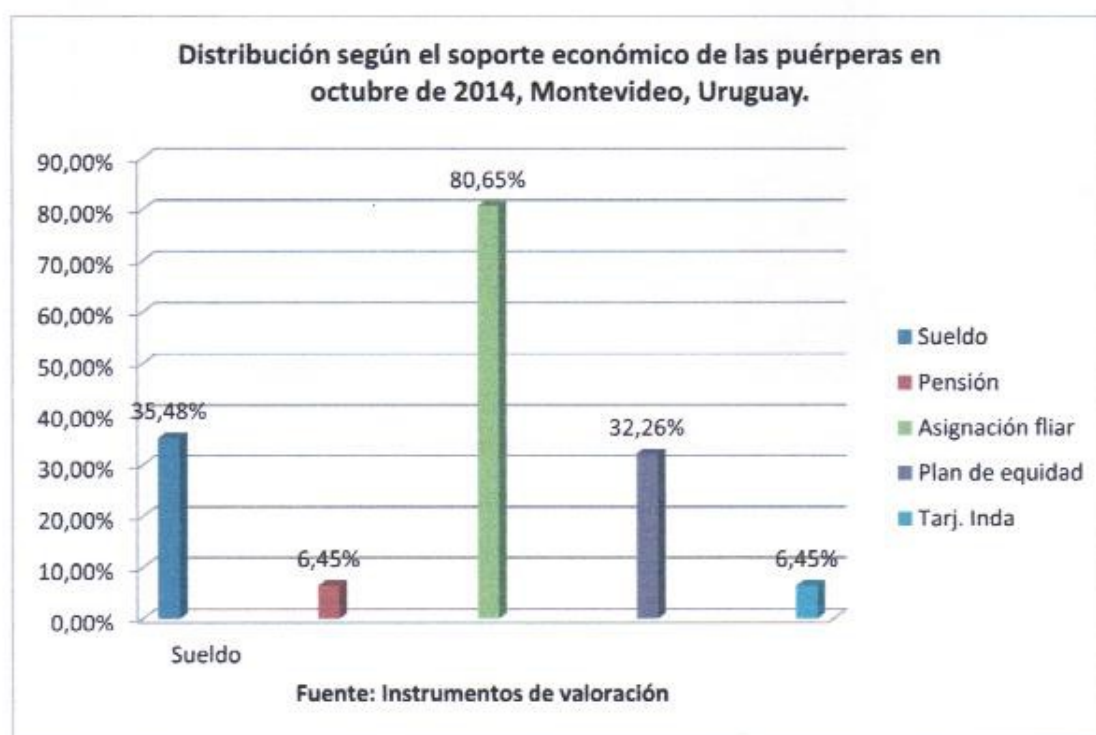


TABLA N° 7: Distribución según presencia de depresión de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Depresión	FA	FR%
Si	0	0%
No	31	100%

GRÁFICO N° 7:

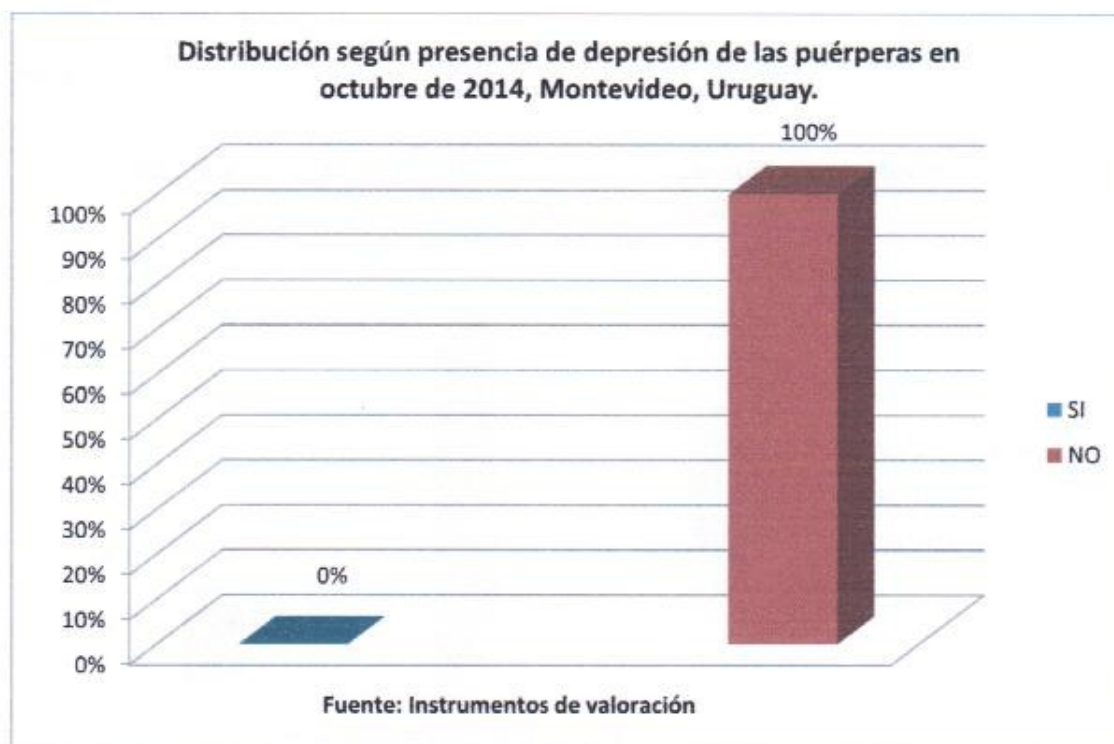


TABLA N° 8: Distribución según el núcleo familiar de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Núcleo familiar	FA	FR%
Familia monoparental	3	9,68%
Familia Nuclear	16	51,61%
Familia extensa	12	38,71%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 8:

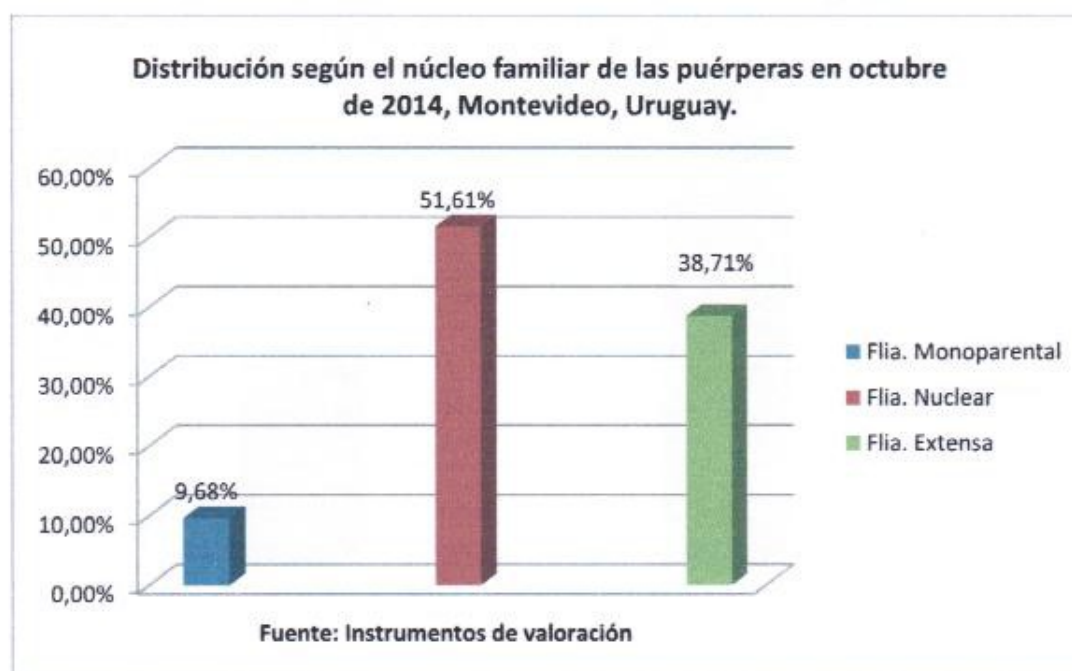


TABLA N° 9: Distribución según el número de gestas de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Número de gestas	FA	FR%
Primípara	10	32,25%
Múltipara	21	67,74%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 9:

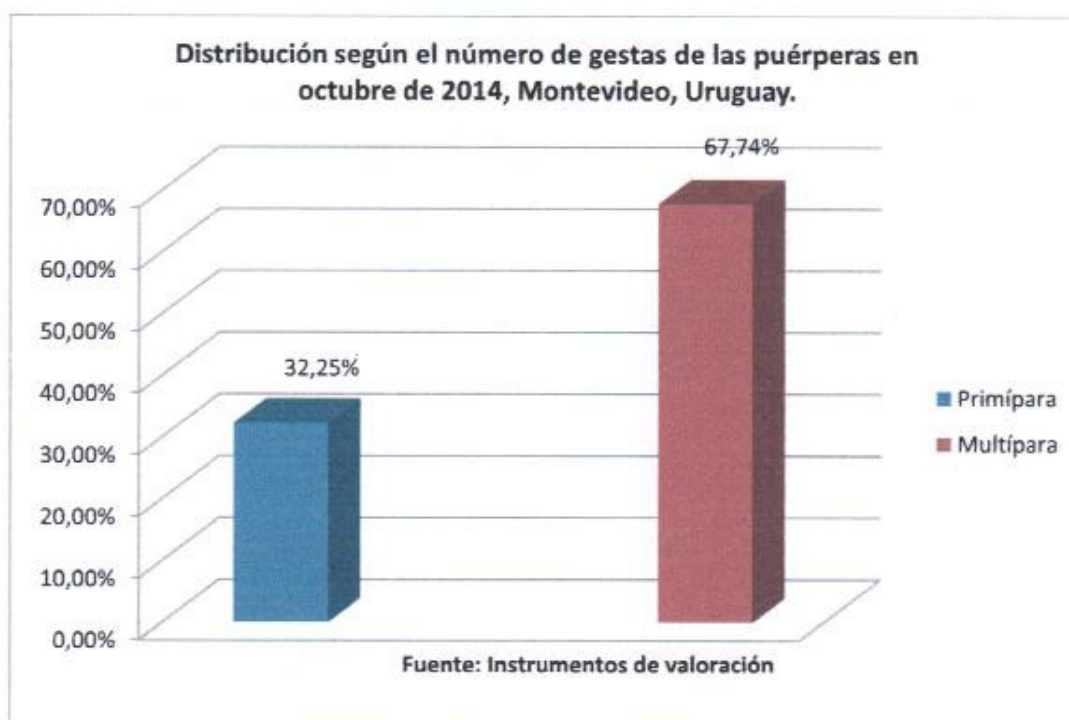


TABLA N° 10: Distribución según el tipo de embarazo de las puérperas en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Tipo de embarazo	FA	FR%
Planificado	15	48,39%
No planificado	16	51,62%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 10:

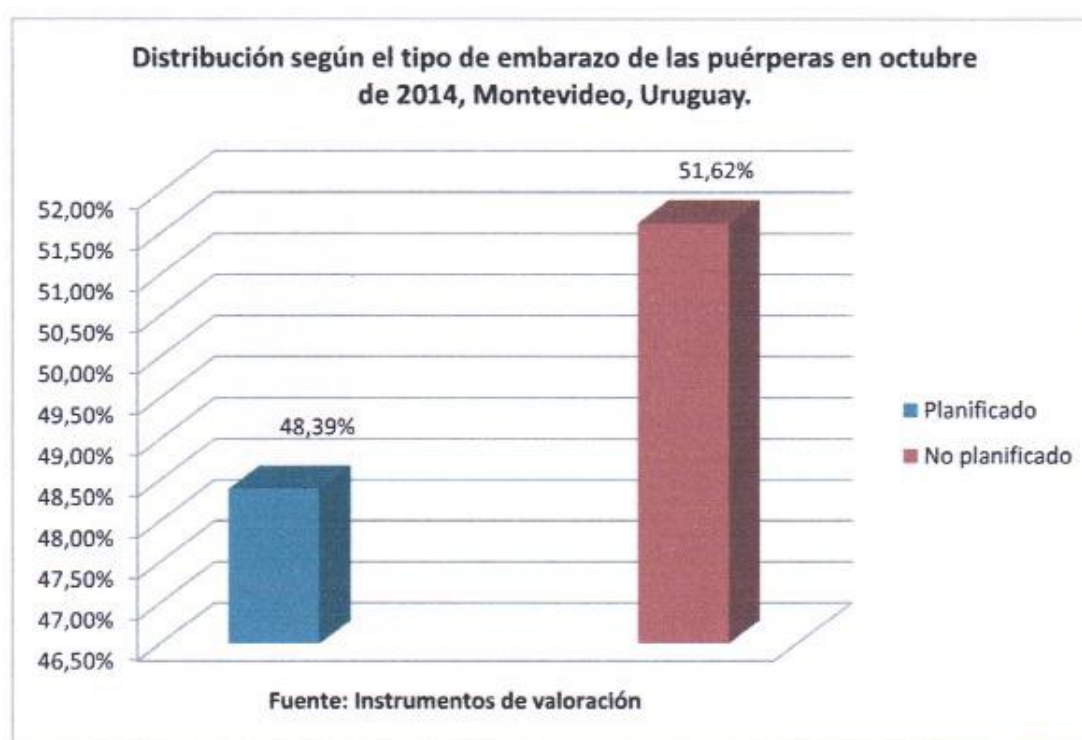
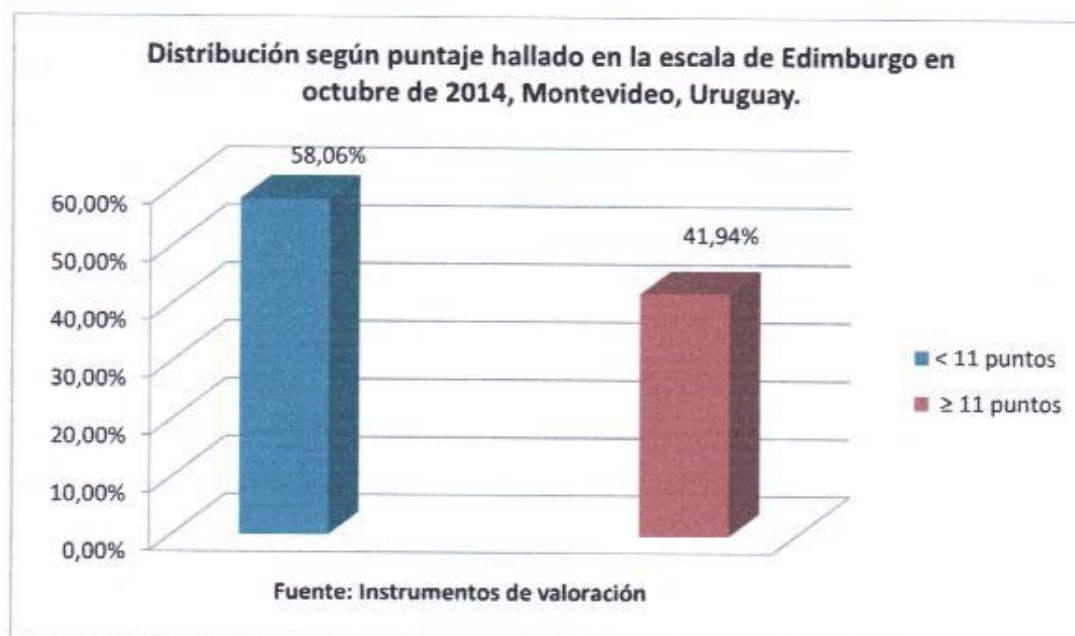


TABLA N° 11: Distribución según puntaje hallado en la escala de Edimburgo en octubre de 2014, Montevideo, Uruguay.

Puntaje de EPDS	FA	FR%
< 11	18	58,06%
≥ 11	13	41,94%
Total	31	100%

GRÁFICO N° 11:



ANÁLISIS

Luego de aplicar el instrumento en la población objetivo se observaron los siguientes datos: según la variable edad se obtuvo un 80,65% de mujeres jóvenes (19 a 34 años) y con un 9,68% los siguientes rangos: mujeres adolescentes y mayores de 35 años, esta variable no arroja datos importantes ya que la cantidad de adolescentes entrevistadas fue muy bajo tomando en cuenta que el ser madre adolescente es un factor predisponente a padecer DPP.

Por otra parte el 100% de las entrevistadas manifestaron estar en pareja, lo que constituye una compañía para la madre, siendo este un aspecto positivo debido a que en los casos de depresión podría representar un apoyo a la mujer.

Con respecto al motivo de consulta se destaca con un 45,16% la consulta programada para control del niño, le sigue con un 19,35% las vacunaciones y las consultas a demanda, estas últimas incluyen presencia de secreciones del niño, quemaduras y bronquitis, luego con un 6,46% se presentan los motivos de consulta sin datos. Por último se encuentran con un 3,23% las siguientes categorías: consulta odontológica, medicina general y nutricionista. Cabe aclarar que durante la realización de la investigación no se cumplió con la totalidad de los criterios de inclusión y exclusión planteados al inicio. Esto se debe que a partir de la segunda semana y hasta la finalización de la recolección de datos, la pediatra del turno de la mañana por motivos personales dejó de concurrir a la policlínica lo que nos llevó a modificar los criterios de inclusión planteando captar a las mujeres que sean madres de niños menores a un año y que concurran a la policlínica por diversos motivos lo que amplía la muestra de estudio.

En cuanto a la variable nivel de instrucción se detectó un 45,16% de la población presentaba secundaria incompleta. El 38,71% presentaba primaria completa y el 16,13% incompleta. Este dato demuestra que más del 50% de las púerperas presentan como mayor nivel educativo alcanzado la primaria, lo que se relaciona con la investigación de Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira realizada en

nuestro país la cual determina que a menor nivel educativo mayor predisposición a presentar depresión puerperal.

En lo referido a la ocupación de la población trabajada tenemos que el 87,10% de las mujeres se encontraban desocupadas. Esta información es relevante ya que al no presentar empleo el nivel económico se puede ver alterado. Por otra parte la ocupación permite que la mujer presente distracción en lo referente a sus funciones de ama de casa y madre. Teniendo en cuenta que este es un factor que predispone a la mujer a padecer depresión. También es importante destacar que se halló un 12,90% de la población que tenían empleo lo que relacionado con el ámbito sociocultural en el que se llevó a cabo la investigación no presentan hábito de trabajo.

Por otra parte respecto al soporte económico el 80,65% de las puérperas reciben asignación familiar, esto está asociado al nivel económico que poseen. También se observó que un 35,48% de las mujeres reciben sueldo incluyendo a las mujeres que trabajan que es un 12,90%, y el restante es el sueldo percibido por la pareja de las puérperas. El 32,26% perciben el plan de equidad, y pensionistas y tarjeta inda con un 6,45% cada uno.

Al estudiar el antecedente personal de depresión, no se detectó dicha patología diagnosticada con anterioridad en la población estudiada. Este aspecto es positivo debido a que según los estudios revisados al inicio de la investigación relatan que la presencia de depresión previa al embarazo predispone a la DPP.

La variable núcleo familiar demostró una predominancia de familia nuclear con un 51,61%, familia extensa con un 38,71%, y monoparental con un 9,68%. Esta información refleja una predominancia de familias nucleares y extensas lo que puede determinar apoyo familiar a la puérpera.

Respecto al número de gestas de las puérperas estudiadas el 32,25% fueron multíparas lo que según el estudio de Heneghan y Cols refiere que el hecho de tener hijos pequeños y/o tener más de un hijo predispone a padecer depresión postparto.

El 51,62% presentaron embarazo no planificado y el 48,39% embarazo planificado. El hecho de que una mujer tenga un embarazo no planificado determina un cambio importante en la vida de la misma y su familia predisponiendo a la DPP.

Al aplicar la escala de Edimburgo a la población de estudio se obtuvo que un 58,06% presentó una puntuación menor a 11 puntos. Y el restante 41,94% presentó una puntuación mayor o igual a 11 puntos lo que sugiere la presencia de depresión postparto.

CONCLUSIÓN

En primer lugar podemos concluir que en el período de tiempo planificado para realizar la investigación se captó la población de estudio y se aplicó el instrumento de valoración y la escala de Edimburgo.

A través de los datos obtenidos mediante los instrumentos, se realizó la caracterización de la población en estudio permitiendo conocer los factores predisponentes a padecer depresión postparto.

Se logró cumplir el objetivo general de la investigación por el cual se observó que la prevalencia de depresión postparto fue de un 41,94%. Este es un dato superior a lo detectado en el estudio de Corbo. G. Defey. D. D' Oliveira, lo que demuestra una prevalencia superior a desarrollar DPP en el ámbito sociocultural en el que se realizó la investigación.

**Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay**

PROPUESTAS

A partir de esta investigación se dejan planteadas las siguientes propuestas:

- Que se lleve a cabo una investigación que permita conocer la prevalencia de la depresión postparto en otros servicios de salud con la utilización los instrumentos aplicados en este trabajo.
- Realizar una investigación que permita conocer la influencia de los factores predisponentes para la depresión postparto.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género. Guías en salud sexual y reproductiva: normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio. [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.sguruguay.org/index.php/component/docman/doc_download/100-msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio-pdf?Itemid= [consulta: 24 mar 2014].
- 2- Lopes Higuti P, Oliveira Capocci P. Depresión postparto. Rev Enferm UNISA (Brasil) [Internet] 2003; 4: 46-50. Disponible en: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf> [consulta: 24 mar 2014].
- 3- Sciorilli Camacho R, Caramboni Cantinelli F, Ribeiro C, Cantilino A, Gonsales K, Braguittoni E, et al. Trastornos psiquiátricos en la gestación y en el puerperio: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Psiquiatr [Internet] 2006; 33 (2); 92-102. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf> [consulta: 24 mar 2014].
- 4- Corbo G, Defey D, D' Oliveira, N. De-presiones maternas: depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto; estudio de prevalencia. [Internet]. 2010. Disponible en: www.meses.com.uy/admin/documents/46 [consulta: 24 mar 2014].
- 5- Cassella C, Gómez V, Maidana D. Puerperio normal. Rev Posgrado Cátedra VI Medicina [Internet] 2000; (100): 2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm [consulta: 24 mar 2014].

- 6- Universidad de la República. (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 24 mar 2014].
- 7- Vidal G, Alarcón R, Lolas F. Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1995. v. I. p. 190-1.
- 8- Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet] 2013; 27(3): 185-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-533720130003000008&lang=es [consulta: 15 oct 2014].
- 9- Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8a. ed. Barcelona: Masson; 1998.
- 10- Cox J, Holden J, Sagovsky R. Escala de depresión de post-parto de Edinburgh. Rev Británica Psiq [Internet] 1987; 150. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf [consulta: 24 feb 2014].
- 11- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria en salud. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ [consulta: 2 abril 2014].
- 12- Meliá S. Conceptos, desafíos y estrategias de transformación del modelo sanitario desde la enfermería en salud mental. En: Meliá S. Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2005. p. 19- 33.
- 13- Entrevista a Denisse Defey, realizada el 19 de agosto de 2014, Montevideo, Uruguay.

ANEXO 1

1. Variable cualitativa

Definición conceptual: Variable cualitativa es aquella que no puede ser medida, sino que se describe mediante atributos o categorías.

Definición operacional: Variable cualitativa es aquella que se describe mediante atributos o categorías.

Ejemplo: El color de los ojos, el sexo, el estado civil, el nivel de educación, etc.

ANEXOS

Los anexos son documentos que se adjuntan al texto principal de un trabajo, con el fin de proporcionar información adicional que no puede incluirse en el cuerpo del texto.

Definición conceptual: Documentos que se adjuntan al texto principal.

Categorías principales:

1. Documentos de apoyo.

2. Variable cuantitativa

Definición conceptual: Variable cuantitativa es aquella que puede ser medida y expresada en términos numéricos.

Definición operacional: Variable cuantitativa es aquella que se mide y se expresa en términos numéricos.

Categorías principales:

1. Variables discretas.

3. Variable mixta

Definición conceptual: Variable mixta es aquella que puede ser medida y expresada en términos numéricos, pero que también puede tener atributos o categorías.

Definición operacional: Variable mixta es aquella que se mide y se expresa en términos numéricos, pero que también puede tener atributos o categorías.

Ejemplo: El nivel de educación, el estado civil, el nivel de ingresos, etc.

Definición conceptual: Variable mixta es aquella que puede ser medida y expresada en términos numéricos, pero que también puede tener atributos o categorías.

ANEXO 1:

1) Variable Edad:

Definición conceptual: Tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser adolescente, adulto joven, adulto medio y adulto mayor.

Definición operacional: Cuantitativa; discreta

Categorías:[12 a 18 años] Adolescente; [19 a 34 años] Joven; [mayor a 35 años) Adulto Maduro.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

2) Variable estado civil:

Definición conceptual: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías: pareja si - no.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

3) Variable motivo de consulta:

Definición conceptual: situación por la cual el usuario asiste al centro de salud para recibir atención médica.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías: Abierto.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

4) Variable nivel de instrucción:

Definición conceptual: Grado mayor alcanzado por la persona en nivel educativo.

Definición operacional: Cualitativa ordinal

Categorías: Analfabeta, Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria incompleta; Secundaria completa; Terciaria incompleta; terciaria completa.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

5) Variable ocupación:

Definición conceptual: Tarea que desempeña el usuario/a, por la cual recibe remuneración o no.

Definición operacional: cualitativa, nominal

Categorías: Desempleado, Empleo estable, Empleo inestable, Pensionista, Estudiante..

Fuente de datos: entrevista con el usuario

6) Variable Soporte económico:

Definición conceptual: Medios económicos con los que se cuenta para cubrir las necesidades.

Definición operacional: Cualitativa, nominal

Categorías: sueldo, pensión, asignación familiar, plan de equidad.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

7) Variable Antecedentes personales: depresión

Definición conceptual: Se refieren a que la usuaria haya presentado depresión previamente diagnosticadas.

Definición operacional: Cualitativa; nominal

Categorías: Si, No.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

8) Variable Núcleo familiar

Definición conceptual: Grupo de personas que conviven bajo el mismo techo, y que presenten lazos de consanguinidad o no.

Definición operacional: Cualitativa; nominal

Categorías: familia monoparental, nuclear o extensa.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

9) Variable Número de gestas

Definición conceptual: Cantidad de embarazos que ha tenido la entrevistada.

Definición operacional: Cuantitativa discreta.

Categorías: Primípara; multípara.

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

10) Variable tipo de embarazo

Definición conceptual: Situación experimentada por la mujer y/o su pareja luego de conocer su estado gravídico.

Definición operacional: Cualitativa; nominal

Categorías: planificado, no planificado

Fuente de datos: Entrevista a la usuaria.

ANEXO 2:

Instrumento de valoración:

Datos patronímicos:

Iniciales: _____

Edad: _____

Motivo de consulta (programado o no):

Estado civil: _____ Pareja si: _____ No _____ Edad: _____

Núcleo familiar: _____

Nivel de instrucción: _____

Situación laboral REMUNERADA formal: Si _____ No _____ Carga horaria:

Soporte económico: Sueldo _____ Pensión _____ Jubilación _____ Asignación
familiar _____ Plan de equidad _____

Antecedentes personales:

Trastornos psiquiátricos Si _____ No _____

Hábitos: Tabaco _____ Alcohol _____ Drogas _____ Sí _____ No _____

Tiempo y cantidad de consumo: _____

Antecedentes ginecoobstétricos:

Nro. de gestas: _____ Período intergenésico: _____

Controles frecuencia _____

Aborto _____ Partos _____ Nacidos vivos _____ Óbitos _____ Cesáreas

Motivo _____

Patologías en el embarazo:

ITS _____ IU _____ DG _____ Estado hipertensivo del embarazo _____

Metrorragias _____ APP _____ Malformaciones congénitas fetales _____

Experiencia parto/ cesárea anterior _____

Experiencia lactancia: Si _____ No _____ Duración _____

Valoración sistémica:

Trabajo de parto y parto reciente:

Edad gestacional: _____

Inducción farmacológica: Si ____ No ____

Anestesia: Si ____ No ____ Tipo: _____

Parto vaginal: ____ Cesárea ____ Motivo ____ Fórceps ____

Complicaciones en el parto: _____

Experiencia _____

Acompañamiento: Si ____ No ____

Valoración psicosocial:

Consulta: Sola ____ Acompañada ____

Embarazo: Planificado: Si ____ No ____ Aceptado: Si ____ No ____ Deseado: Si ____ No ____

Red de apoyo: Si ____ No ____ Pareja: Si ____ No ____ Familia: Si ____ No ____

Otros: Si ____ No ____

Manifestaciones de la usuaria valorar (la presencia de miedos e inquietudes)



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



ESCALA DE EDIMBURGO

Por favor marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	Como lo hice siempre	0
	no tanto ahora	1
	mucho menos ahora	2
	no, no he podido	3
(2) He disfrutado mirar hacia delante:	tanto como siempre	0
	menos que antes	1
	mucho menos que antes	2
	casi nada	3
(3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	sí, la mayor parte de la veces	3
	sí, a veces	2
	no con mucha frecuencia	1
	no, nunca	0
(4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	no, nunca	0
	casi nunca	1
	sí, a veces	2
	sí, con mucha frecuencia	3
(5) He sentido miedo o temor sin tener motivo:	sí, bastante	3
	sí, a veces	2
	no, no mucho	1
	no, nunca	0
(6) Las cosas me desbrodan:	sí, la mayor parte de la veces no he podido manejarme como lo hago siempre	3
	sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
	no, muy a menudo	1
	no, nada	0

(7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:	sí, la mayor parte de la veces	3
	sí, a veces	2
	no con mucha frecuencia	1
	no, nunca	0
(8) Me he sentido triste o desgraciada:	sí, la mayor parte del tiempo	3
	sí, bastante a menudo	2
	no con mucha frecuencia	1
	no, nunca	0
(9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:	sí, casi siempre	3
	sí, bastante a menudo	2
	sólo ocasionalmente	1
	no, nunca	0
(10) He pensado en hacerme daño a mí misma:	sí, bastante a menudo	3
	a veces	2
	casi nunca	1
	Nunca	0

Evaluación: 11 puntos o más sugieren depresión postparto. ⁽¹⁰⁾

Autorizo a que este artículo se utilice como documento para la realización de una investigación, correspondiente a la Facultad de Enfermería, UdelaR. He comprendido el fin de dicha investigación y que la información aquí contenida es confidencial.

FECHA: ____/____/____

Firma _____

ANEXO 3:

Entrevista a Psicóloga Denise Defey, 19 de agosto 2014 Montevideo, Uruguay

1) Cuál es su actividad?

Soy psicóloga, profesora adjunta de la facultad de medicina, soy consultora del programa prioritaria de presidencia "Uruguay crece contigo" y en esta institución que enseñamos psicología pre natal que es EIFO soy directora.

2) Cuál es su función aquí en la institución?

Soy docente en la coordinación de varios cursos, coordinación de la especialización y el diploma de psicología pre natal

3) Hablando directamente de la depresión postparto, ¿cuál es la prevalencia en el Uruguay y el mundo?

En el mundo según la OMS del 10% al 15% y nosotros hicimos una investigación en diciembre 2010 entre ministerio de salud pública, universidad de la república, en este caso escuela de parteras facultad de medicina y programa de desarrollo de naciones unidas, es del 16,5% la prevalencia en Montevideo Uruguay donde no estuvieron incluidas mujeres de clase alta ya que fue imposible que participaran las instituciones que se atienden estas mujeres y dentro del 16,5% de estas mujeres el 9% son situaciones de gravedad.

4) En que instituciones se hicieron los estudios?

Se hizo una muestra equivalente de ASSE y las mutualistas, negándose el Británico por este motivo el estudio es de mujeres de clase baja y media.

5) A cuantas usuarias se le aplico el instrumento?

A 300 Mujeres se le aplicaron la escala de Edimburgo. Y también un cuestionario que se hizo a propósito

6)Cuál fue el problema de riesgo asociado que más se destaca en el estudio?

En este estudio fue problemas de pareja y en otra investigación fue problemas de vivienda aparte tienen otros problemas que puede ser desmoralización, el estado de salud del recién nacido, entonces es una muestra sesgada porque son todas las madres que los niños tienen problemas al nacer más todas las madres que tienen otros problemas. Y en esta muestra es 44%, pero no es una muestra de población porque son las madres que están en peor situación.

7) Cuáles son los factores predisponentes en nuestra población?

En nuestra muestra era problemas de pareja y en la del Cerro problemas de vivienda, mellizos, y otro dato interesante en este estudio fue el doble cuando el sexo de bebe no era el esperado, que representa el 20% para niñas y el 10% para varones con una medición a las 20 semanas de embarazo. Cuando le dicen que no era lo que pensaban se da un proceso de duelo, es como que se hubiese muerto un niño que puede provocar consecuencias graves en el vínculo. Esto hace que se ponga en riesgo la primera relación con el niño, a veces con consecuencias graves en el vínculo que es un extraño cuando no hay ropa no hay cuarto y esto preocupa mucho porque se suma otra más el duelo a la depresión.

8) La escala de Edimburgo esta validada para Uruguay?

No esta validada para Uruguay pero si para Chile y se considera que es una población similar, lo que si esta corregida la traducción para Uruguay. La misma da elementos diagnósticos.

9) Conoce otros estudios relacionados al tema?

Para este estudio encontramos 200, leímos 100 investigaciones.

No siempre la DPP está asociada a una mujer bajo presión, no es una madre que no está infeliz de estar embarazada sino que todo lo contrario, es un embarazo buscado, un embarazo demasiado feliz o la madre esta con una imagen muy idealizada de lo que va a ser la maternidad y después se encuentra que la sobrepasa y esto se ve en las madres que están preocupadas en hacer las cosas bien. La depresión viene en esa lucha de la madre ideal que aplasta a la madre real. Y estos niños no manifiestan síntomas de llanto, falta de comida, al contrario, sino que son bebés sobreadaptados, come lo que le dan, duerme, no llora, es como que detecta que no hay paño para portarse mal. Cuando la madre empieza a mejorar el niño comienza a ponerse más majadera. Esto es por un lado, son bebés sobreadaptados, lo cual esto hay mediciones que se hacen de estrés y los bebés están muy estresados, pero como haciendo un esfuerzo, incluso se habla de bebés terapeutas, porque son bebés que sonríen a la madre que llora para rescatarla, entonces se habla de bebés hipermaduros.

10) Algún aspecto importante que quiera agregar?

Hay dos cosas que son muy importantes una de las mejores prevenciones es la preparación para la maternidad, que no sea para el parto sino que las clases de preparación incluyan una preparación real, una madre que no se maneja con una bebé se siente fracasada más cuando es primeriza, que la preparación prepare para la maternidad real que pueda plantear estas cosas, que estas madres no se sientan tan felices

La otra es darle atención al bebé pero también a la madre, también preguntarle como esta, darle un espacio de escucha, tener en cuenta que cuando refieren que es una mala madre ese es un signo para investigar depresión materna. Un bebé que no está adornado en el caso de las niñas que no presentan broches en el cabello nos está indicando que la madre puede estar deprimida.

La otra cosa es que todas estas cosas se resuelven con pronósticos sin intervenciones sofisticadas, cualquier psicólogo, psiquiatra, los antidepresivos

son compatibles con la lactancia otra cosa es que trabajadores sociales, enfermeras, agentes comunitarios entrenados pueden hacer intervenciones.

11) Hay Investigaciones previas en Uruguay?

Hay una del 2009 realizada en el BPS pero fueron con 50 madres muy pocas. La realizada por mi equipo en el 2010.

La otra es del cerro de madres adolescentes anterior de la doctora Luz Remaneti en el APEX del cerro pero son investigaciones menores.

Montevideo, 1 de octubre del 2014

Facultad de Enfermería

Cátedra de Salud Mental

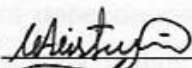
Prof. Agdo. Lic. Enf. Álvaro Díaz

Nos dirigimos a usted por la presente para solicitar autorización para llevar a cabo el desarrollo del trabajo final de investigación en el servicio de primer nivel de atención de ASSE, Policlínica Casavalle ubicada en el departamento de Montevideo; quienes suscriben Aristimuño Natalia CI , Gularte Gabriel CI , Milán María José CI , Olivera Cinthya CI , Santana Silvana CI

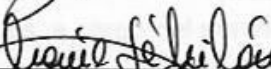
Dicha investigación tratara el tema de Depresión Post-Parto a cargo de los tutores Prof. Agdo. Álvaro Díaz, Prof. Asist. Mariela Gras y Prof. Asist. José Medina pertenecientes a la cátedra de Salud Mental.

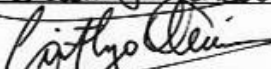
El período estimado para la realización de la misma es desde el 6 de octubre hasta el 26 del mismo mes.

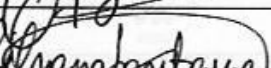
En espera de una respuesta favorable, saluda atte:

Aristimuño Natalia 

Gularte Gabriel 

Milán María José 

Olivera Cinthya 

Santana Silvana 

9^o/10/14 Autorizados el
Trabajo final de
investigación -


Prof. Agdo. Lic. Álvaro Díaz

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOTECA

Depto. De Educación

Directora Prof. Fanny Racho

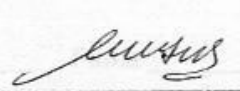
Constancia de Tutoría

Montevideo, 31 de octubre de 2014.

Por la presente el Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, deja constancia que:

El título del estudio es "Depresión postparto en mujeres que asisten a una
Estudiante: Aristimuño Natalia CI.
Estudiante: Sentana Silvano CI.
Estudiante: Golarte Gabriel CI.
Estudiante: CI.
Estudiante: CI.

Título del trabajo: Depresión postparto en mujeres que asisten a una políclínica del primer nivel de atención en Tdeo
asistieron regularmente a esta dependencia durante el mes de diciembre 2013 - oct 2014 del corriente año, cumpliendo con las instancias necesarias de capacitación sobre los aspectos formales de presentación del trabajo final de investigación, así como la corrección de citas bibliográficas, a cargo del personal de Biblioteca de esta Institución.


Directora de Departamento de Documentación y Biblioteca

Montevideo, 31 de octubre de 2014

Depto. De Educación

Directora Prof. Fanny Rocha

Por intermedio de la presente, nos dirigimos para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para el Trabajo Final de Investigación. El mismo fue desarrollado bajo la órbita de la Cátedra de Salud Mental, siendo los tutores el Prof. Agdo. Álvaro Díaz, la Prof. Asist. Mariela Grass y el Prof. Asist. José Medina.

El título del estudio es "Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo".

Somos estudiantes del plan 1993, de la generación 2010 Natalia Aristimuño y Silvana Santana, de generación 2009 Gabriel Gularte y Cinthya Olivera, y María José Milán de generación 2007.

Desde ya muchas gracias.

Saludan atte.

Firma _____ Firma _____ Firma _____

Aclaración _____ Aclaración _____ Aclaración _____

CI _____ CI _____ CI _____

Firma _____ Firma _____

Aclaración _____ Aclaración _____

CI _____ CI _____