

DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTAS, USUARIAS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE POSADAS, PROVINCIA DE MISIONES.

Angélica Viviana Salinas, Claudia Isabel Domínguez
salinasangelica_pos@ucp.edu.ar
Universidad de la Cuenca del Plata

Resumen

Investigaciones actuales en torno a la Depresión Posparto (DPP) informan altos niveles de depresión en puérperas dentro de los primeros seis meses a un año seguidos al parto, lo cual puede producir consecuencias negativas tanto a la madre, al recién nacido o bebé y el entorno familiar, hasta inclusive durante la primera infancia del niño/a.

El objetivo de esta investigación consistió en identificar la presencia de depresión posparto y su atención psicoterapéutica en mujeres adultas usuarias de los centros de atención primaria de la salud de la municipalidad de la ciudad de Posadas. Siendo un estudio de tipo empírico con metodología mixta (cualitativa-cuantitativa), descriptivo, transversal. Participaron 75 adultas, de 20 a 40 años de edad. La presencia de depresión posparto se evaluó con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Cox, Holden y Sagovsky, 1987), para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, y los factores predisponentes con una entrevista semidirigida construida a los fines de esta investigación. Los resultados arrojaron la presencia de síntomas de DPP de 45 mujeres (60%), de una población de 75 usuarias, predominando las subescalas de disforia y ansiedad, además se identificó la escasa atención psicoterapéutica sobre la DPP.

Palabras claves: Depresión posparto - Psicología perinatal - Puerperio - Depresión materna

Abstract

Current research on Postpartum Depression

(PPD) reports high levels of depression in puerperal women within the first six months to one year after childbirth, which can produce negative consequences for both the mother, the newborn or baby, and the environment family, even during the child's early childhood.

The objective of this research was to identify the presence of postpartum depression and its psychotherapeutic care in adult women users of the primary health care centers of the municipality of the city of Posadas. Being an empirical study with mixed methodology (qualitative-quantitative), descriptive, cross-sectional. 75 adults participated, from 20 to 40 years of age. The presence of postpartum depression was evaluated with the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden and Sagovsky, 1987), to identify depressive symptoms and clinical depression, and predisposing factors with a semi-directed interview constructed for the purposes of this study. research. The results showed the presence of PPD symptoms in 45 women (60%), from a population of 75 users, with a predominance of the subscales of dysphoria and anxiety, as well as the lack of psychotherapeutic attention on the PPD.

Introducción

En la presente investigación se pretendió abordar la temática de la Depresión posparto y su atención psicoterapéutica, partiendo de que es una problemática de poca indagación en nuestra provincia. Desde el enfoque de la psicología perinatal, entendiendo que este momento vital conlleva cambios psíquicos, ésta se centra en los aspectos psicológicos y emocionales

del embarazo, parto y posparto, siendo una de las ramas de la psicología que mayor difusión tiene en los últimos años, reconociendo la importancia de estos factores en el bienestar de la madre, el bebé y la familia en este proceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) informa que las mujeres tienen mayor probabilidad (20-25%) que los hombres (7-12%) de padecer un episodio depresivo durante algún momento de su vida, y proyectaba que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (2014) refiere que, durante el embarazo, o dentro de las primeras semanas seguidas al parto, se evidencian síntomas depresivos, los cuales pueden ir desde ansiedad grave, ataques de pánico, hasta alcanzar episodios con características psicóticas del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos). El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, y de un 30 a un 50% de recurrencia en cada parto posterior.

Investigaciones actuales en torno a la DPP informan altos niveles de depresión en púerperas dentro de los primeros seis meses a un año seguidos al parto, lo cual puede producir consecuencias negativas tanto a la madre, el entorno familiar y al recién nacido o bebé, hasta inclusive durante la primera infancia del niño/a.

En México, Romero, Orozco, Ybarra, & Gracia, (2017) buscaron conocer la frecuencia de sintomatología depresiva posparto y los factores psicosociales que se le asocian, tomando 154 mujeres con 0 a 12 meses de posparto que acudieron a dos hospitales públicos, concluyendo que el 16% de la muestra presentó sintomatología depresiva y los factores psicosociales asociados a estos fueron estado civil de unión libre, familiar con depresión, tristeza en embarazo, acontecimiento vital

estresante en embarazo, consumo de alcohol en embarazo, ansiedad, consumo de alcohol actual, insatisfacción con los cambios corporales, percibir mayor atención de la familia al bebé y haber experimentado tristeza en embarazos anteriores. Por todo esto proponen conocer tanto los factores como la sitomatología depresiva en el postparto con el fin de crear estrategias preventivas en las instituciones de atención primaria de la salud.

Mientras que en Venezuela, Meléndez, Díaz, Bohorjas, Cabaña, Casas, Castrillo, & Corbino (2017), investigaron acerca de la incidencia de depresión posparto a través de la aplicación del Test de Edimburgo y su relación con los factores de riesgo más frecuentes en las pacientes púerperas del servicio de hospitalización del Hospital Materno-Infantil Dr. José María Vargas, resultando una incidencia de depresión posparto 34.46% (204 pacientes), las adolescentes representaron 16.89%, las adultas 17.57%, lo que llevó a concluir que la significatividad en la incidencia de depresión posparto en la población puerperal constituye una afección psicológica que no debe ser subestimada, debiendo incentivar la atención del malestar, para ello se debería hacer un diagnóstico precoz, a partir de la realización de un examen psicológico de las mujeres púerperas (puerperio inmediato, mediato y tardío), mediante la aplicación del Test de Edimburgo seleccionando a las mujeres más vulnerables, e implementar un seguimiento.

En Argentina la DPP también fue estudiada por Rozic, Schwartzman, Paolini, Gadow, Calvo, Paesani, & Krupitzki (2012), quienes proponen evaluar la prevalencia de sintomatología depresiva durante el postparto inmediato en una población de mujeres asistidas en el Hospital Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires e identificar los factores asociados, dando como resultado, de las 110 pacientes entrevistadas, 24 obtuvieron resultados

positivos durante el seguimiento, concluyendo que la prevalencia de riesgo de sufrir DPP en las pacientes se encuentra dentro de los parámetros internacionales. Postulando además la existencia de cuadros de DPP manifestadas hasta un año después del nacimiento. Por lo que para el abordaje adecuado es necesaria la detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo. Añaden Mendoza y Saldivia (2015) que esta situación tiene la ventaja de poder ser prevenida debido a que existe un hecho que la precede, el nacimiento de un hijo; por lo cual debe constituir una prioridad en Salud Pública para lograr su correcto abordaje. Estas mismas autoras señalan que las intervenciones psicoterapéuticas son más adecuadas y efectivas que la realización de tratamientos con psicofármacos solamente, ya que estos además afectan al recién nacido, por lo que la decisión respecto de ello debe ser realizada en cada caso particular; se evidencia aquí la incidencia de los factores psicológicos de la mujer puérpera en todo el proceso. Esta conclusión surge basándose en un estudio realizado por Rojas y Colds (2007) en Chile donde se aplicaron procedimientos de psicoterapia grupal, con elementos de psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales, donde se evidenció una reducción del promedio en los puntajes en de aplicación del EDPE (Escala de depresión posnatal de Edimburgo) y una reducción de mujeres que recibían tratamiento con psicofármacos (en los casos donde estaban presentes).

El objetivo principal de la investigación residió en identificar la presencia de indicadores de depresión posparto en mujeres adultas usuarias del sistema de salud de gestión pública de la ciudad de Posadas, asimismo es por ello se planteó identificar factores que pudieron haber predispuesto a la presencia de DPP, y por último si estas mujeres han participado de algún espacio psicoterapéutico durante el embarazo, o posterior al parto.

En tanto en relación a los interrogantes que se han planteado se pueden mencionar ¿Cuáles son los indicadores de Depresión Posparto presentes en mujeres adultas que se atienden en el servicio de salud pública dependientes de la municipalidad de Posadas, provincia de Misiones? ¿Cómo fue el tránsito de las mujeres por el embarazo y posparto? ¿Qué factores presentes en este período pueden considerarse predisponentes para el desarrollo de DPP? Y si las mujeres tomadas como muestra participaron de espacios psicoterapéuticos durante su embarazo o parto, ¿Cómo valoran dicha participación?

Se pretende que los desarrollos que se produjeron a partir de esta investigación permitan comprender la relevancia de este tema, que no es suficientemente investigado y abordado en nuestra provincia y que ello habilite al diseño e implementación de políticas públicas orientadas específicamente, ya que la presencia de síntomas depresivos en el embarazo, parto y puerperio pueden producir consecuencias negativas en la madre, el bebé y el entorno familiar.

Cuerpo

La Psicología Perinatal es un área orientada a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención con las familias durante todo el proceso que comprende el embarazo, parto, postparto y puerperio, teniendo en cuenta la importancia del vínculo que se crea con la madre y el resto de la familia. En el siglo XVIII el avance médico supone una disminución del riesgo de morbilidad neonatal, pero deja de lado los aspectos emocionales. No será hasta el siglo XX cuando se retome su importancia gracias a los descubrimientos del Psicoanálisis y la Psicología Evolutiva: con un fuerte basamento en la teoría freudiana, René Spitz fue pionero en la realización de estudios sobre el primer año de vida; Winnicott investigó las consecuencias de la privación afectiva y desarrolló una nueva concepción sobre el proceso de maduración del bebé; Bowlby,

por su parte, desarrolló las bases de la teoría del apego; Leboyer y Michel Odent concluyeron que el tipo de acogida del recién nacido deja huella en su psiquismo.

El estudio de lo perinatal puede considerarse un campo transdisciplinario, ya que puede ser abordado y evaluado desde distintas praxis como lo son la Medicina (y sus especialidades como ser obstetricia, tocoginecología, neonatología, medicina fetal y genética), la Psicología, la Enfermería, el Trabajo Social y otras vertientes. Al remitirse a los orígenes del estudio sobre la fecundación, gestación, parto y puerperio, la concepción médica se basaba en lo denominado Psicoprofilaxis obstétrica, cuyo objetivo era únicamente la sedación del dolor, dicho método se perfeccionó con las décadas hasta ser utilizado y difundido alrededor del mundo. Quedó así un vacío en relación al corpus teórico capaz de modificar estas pautas. De la mano de la Psicología se avanzó hacia la concepción de Parto sin dolor, así es como distintas escuelas alrededor del mundo intentaron comprender e implementar métodos que pudieran ser sedativos psíquicos del dolor del parto. En el siglo XXI la salud materno-infantil y la vinculación afectiva en torno al nacimiento son tan importantes que constituyen el eje de múltiples directrices de salud a nivel mundial. El término psicología perinatal se ha consolidado con la fundación de la Asociación Internacional de Psicología y Medicina Pre y Perinatal (ISPPM, 1971) y la creación en Estados Unidos de la Asociación de Psicología y Salud Pre y Perinatal (APPPAH, 1983). En Argentina, pioneros oriundos de España como Mirta Videla y Alberto Grieco (1993) introdujeron el término Psicoprofilaxis Obstétrica Interdisciplinaria y definen a ésta como un servicio gratuito brindado por el Estado para la población en general, siendo un derecho inherente a la prevención y cuidado de la Salud.

A partir de 1991 surge la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-

UNICEF, y se implementa en Argentina, de la mano del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (Buenos Aires) desde 1994. Pero es durante el 2010 a diciembre de 2011 cuando 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa de UNICEF, la Fundación Neonatológica, los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, de iniciar un proceso, mediante actividades conjuntas, para transformar las maternidades públicas en Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

En las publicaciones médicas se suele definir al puerperio como un período con transformaciones progresivas tanto anatómico como funcionalmente, donde paulatinamente retroceden las modificaciones (fisiológicas, anatómicas y endocrinas) producidas durante el embarazo, no así la glándula mamaria, la cual a partir del parto experimenta un gran desarrollo. Temporalmente el puerperio comprende desde la finalización del parto hasta 45-60 días postparto, dividiendo este tiempo en cuatro etapas: puerperio inmediato, (primeras 24 horas e incluye los mecanismos hemostáticos uterinos); puerperio mediato o propiamente dicho (del segundo al décimo día e incluye mecanismos involutivos e inicio de la lactancia); puerperio alejado (hasta los 45 días luego del parto y finaliza con el retorno de la menstruación); puerperio tardío (período de lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida del bebé).

Tomando la maternidad como un factor importante en la vida de una mujer, Mora, A. S. (2009) distingue tres acontecimientos que marcan profundos cambios en su cuerpo y subjetividad:

1. El **embarazo** brinda una experiencia corporeizada central, la de tener ser un cuerpo que es propio y que a la vez no lo es, un cuerpo que es gestante y por tal se adecua a un otro, un cuerpo que atraviesa cambios en un tiempo

relativamente rápido (40 semanas o menos) sobre los que no se tiene control y que responde a las necesidades de un otro que crece. Por estas alteraciones el cuerpo adquiere una presencia ineludible e inocultable, con vivencias agradables (movimientos intrauterinos del bebé, por ejemplo) y desagradables (dolores o malestares físicos). Sin embargo, el modo en que se viven estas cuestiones depende de la situación social que atraviese la mujer, el momento biográfico, sus proyectos y sus deseos y modo de desarrollo del embarazo, entre otras variables. Por esto, es que el modo en que es experimentado el embarazo repercutirá en cómo sean vividos el parto y el puerperio.

2. El **parto**, es un acontecimiento que puede iniciar nuevas conexiones en la vida de una persona. Durante un parto sin anestésicos se experimenta un estado de conciencia alterada muy intenso (dado por el dolor), tras el cual no es posible volver a verse de la misma manera. El modo vivencial del parto y la posibilidad de transitarlo, con libertad y los diversos grados de intervención de las tecnologías médicas, tendrán impacto en cómo sea experimentado el puerperio.
3. El **puerperio**, pasado el parto se vuelve al cuerpo propio, pero sin ser aún sólo de uno porque sigue siendo del otro, dado por el amamantamiento y el fenómeno de la fusión mamá-bebé. Pero, ese cuerpo ya no es el mismo que era antes del embarazo, dando la posibilidad, por un lado, de negarse, conciente o inconciente, a lo que sucede y esforzarse trabajosa y angustiosamente por volver a la normalidad, o dejarse llevar por la fusión mamá-bebé,

donde la experiencia del cuerpo estando embarazada, luego parir, amamantar y cuidar a un bebé recién nacido, prima sobre toda reflexión consciente. Poder interpretar el llanto de un bebé y traducir sus necesidades conlleva una experiencia de reflexión, de racionalización, mediada por lo aprendido a lo largo de la vida y por los parámetros culturales acerca de la maternidad y de la crianza.

Dados estos acontecimientos, y según cómo impactan en la subjetividad femenina, la mujer durante el puerperio podría atravesar diferentes estados de tristeza que transcurren desde la tristeza posparto hasta la psicosis posparto. La **Tristeza Posparto** es descrita como una alteración del estado de ánimo, dado principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales, teniendo una intensidad y duración variable, con una aparición probable entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas generalmente son los siguientes: labilidad emocional, irritabilidad, tristeza o llanto fácil, ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido. Todos estos síntomas experimentan un alivio espontáneo dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, sin la urgencia de requerir atención médica y/o psicológica.

Rondón, M. B. (2005), recomienda informar acerca de la posibilidad de que aparezcan los síntomas asociados a la tristeza posparto a la madre, la pareja y los familiares, y especialmente diferenciarla de la DPP. Sugiriendo además el acompañamiento y apoyo familiar, para atravesar esta etapa con mayor facilidad, ya que este estado se debe primordialmente a los cambios hormonales, al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Y enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud, para realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

La depresión puede ser definida como la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, acompañado de síntomas psíquicos tales como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria (Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera & López, 2013). Se diferencia de la **depresión postparto** ya que esta última, según el DSM-5 (2014), se puede manifestar durante el periparto hasta las 4 semanas del postparto y las manifestaciones principales clínicas son la tristeza, el llanto, el rechazo hacia el recién nacido, la poca expresividad, el rechazo familiar e incluso ideas suicidas u homicidas. Medina - Serdán (2013), refiere que puede comenzar en cualquier momento posterior al parto (días, semanas, meses y hasta un año después), afectando en cualquier tipo de parto o número de embarazo. Además, identifican los siguientes síntomas: Estado de ánimo deprimido; Tristeza o llanto persistentes; Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades; Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio); Cansancio o fatiga crónica; Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico; Sentirse abrumada, indefensa e incapaz; Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre; Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma; Irritabilidad; Problemas de atención, concentración y memoria; Dificultad para vincularse con el bebé; Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo; Sobreprotección del menor; Dificultades en la lactancia; Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido; Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos); Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar; Sentimientos de

culpa; Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé; Pensamientos atemorizantes; Ideación suicida.

Debido a la gravedad que puede representar la presencia de este cuadro, es necesario detectar sus inicios, sus síntomas o signos de alarma, como ser: quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo. y seguidamente que pueda ser atendida por un especialista (psicólogo o psiquiatra) para evaluar y recibir el tratamiento adecuado.

El tercer tipo de cuadro reviste de gravedad a la mujer, al bebé y su familia, ya que se trata de una **psicosis postparto**, la cual se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos. Los síntomas se manifiestan bruscamente entre el tercer y noveno día postparto, pudiéndose iniciar hasta el sexto mes. El insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, la ansiedad y la inestabilidad del estado de ánimo suelen ser los síntomas de inicio del cuadro, dando paso posteriormente a conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Al transcurrir una semana se presenta la fase aguda, donde aparece la actividad delirante y alucinatoria propiamente, además de los siguientes síntomas: Fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor; Rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad, hasta llegar al ánimo deprimido; Alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, con oscilaciones desde la verborrea hasta el mutismo; Perturbaciones en la percepción del tiempo; Afectaciones del sueño, principalmente insomnio; Falta de contacto con la realidad; Delirios y/o alucinaciones (comúnmente visuales y auditivas) (la madre puede pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina); Hostilidad e irritabilidad; Conducta desordenada; Actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo; Infanticidio (en algunos casos

graves). En estos cuadros es necesario un tratamiento farmacológico enérgico, y en la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización.

Finalizando, se considera necesario definir a la adultez, ya que la misma constituye la población muestral. Los autores Urbano y Yuni (2015) refieren que el trabajo psicosocial en la adultez corresponde en abandonar lentamente la moratoria psicosocial, dada en la adolescencia, y comprometerse en participar en la vida social adulta, ocupando una posición social donde el sujeto se responsabilice de sus propias necesidades y deseos en un trabajo donde armonicen las demandas sociales con los ideales personales. Por otro lado, según la mirada de los autores, la madurez psicosexual posibilita la búsqueda de satisfacción de la necesidad psicobiológica de procrear junto con la persona elegida afectivamente, se sintetiza, en la nueva vida, el proyecto compartido y abrirá un espacio para canalizar la necesidad de cuidar de otro ser, al cual se le transfiera el anhelo de los ideales propios. Se presenta la posibilidad de cuidar y preocuparse por otro/s, siendo el resultado del logro de ser capaz de cuidarse a sí mismo y ocuparse de lo que se adhiere afectivamente. La adultez despliega en el afuera el trabajo de hacer-se responsable de sí mismo. Sin embargo, este aprendizaje psicosocial de la adultez, el aprender a cuidar aquello que se genera, solo está dado con aquello que signifique algo familiar a sí mismo.

Desde el **aspecto metodológico** corresponde a estudio empírico de enfoque mixto, es decir con metodología cualitativa-cuantitativa, de carácter descriptivo, de tipo transversal.

En cuanto a la muestra es de carácter intencional, estuvo compuesta por 75 Mujeres adultas tempranas, entre los 20 y 40 años, usuarias de CAPS municipales de Posadas, provincia de Misiones, que posean un nivel socioeconómico bajo o medio, y estén transitando el período de hasta seis meses posteriores al parto.

Se comenzó por evaluar indicadores que den la pauta de la presencia de DPP, para ello se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) diseñado por Cox, Holden y Sagovsky (1987), para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión. La misma, consta de 10 declaraciones cortas donde la puérpera escoge dentro de cuatro respuestas la que más se asemeja a la manera en que se sintió la semana anterior. Las respuestas se puntúan del 0 al 3 siendo el rango total del 0 al 30. Cuenta con 5 subescalas: disforia (ítems 1, 2, 7, 8, 9), ansiedad (ítems 4, 5) sentimientos de culpa (ítem 3), dificultades de concentración (ítem 6) e ideación suicida (ítem 10). Campo-Arias, Ayola-Castillo, Peinado-Valencia, Amor-Parra, & Cogollo (2007) en su estudio de consistencia interna han demostrado una buena consistencia interna, oscilando el coeficiente alpha de Cronbach de 0,78.

La administración de esta escala fue complementada con entrevistas semidirigidas a las participantes para conocer las características de los factores psicosociales de su contexto y la significación que la misma tiene. El protocolo de entrevista se construyó en función de los siguientes aspectos: nivel de ingresos, estado civil, nivel de escolaridad, embarazos previos, planificación o proceso de búsqueda (tratamientos de fertilidad, entre otros), red de apoyo social y familiar, duelos, clima familiar, atención psicoterapéutica durante el embarazo y postparto. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante un proceso de reflexión crítica en torno al material recolectado.

Los **resultados** alcanzados arrojaron que las presencias de depresión postparto en la población estudiada representan un 60% (45 mujeres) poseen algún nivel por encima del punto de corte (11 puntos) que surgen de la suma de los ítems que pertenecen a la Escala de Depresión Postparto de

Edimburgo (EPDS), mientras que el 40% restante (30 mujeres) no presentan una puntuación suficiente para interpretar algún nivel de presencia de depresión postparto (Ver Cuadro 1).

Realizando un análisis detallado de los resultados obtenidos, y tomando el punto de corte, 11 puntos, propuesto por la EPDS, se identifica que la media estadística de las respuestas obtenidas del valor total corresponde a 11,30 lo que permite interpretar que, al encontrarse la media en el punto de corte, si bien se identifica la presencia de depresión posparto en 60% de la población estudiada, la misma es leve. (Ver Tabla 1)

Para profundizar el análisis de los datos obtenidos y comprender como se componen los porcentajes mencionados se realizó una tabla que representa los puntajes obtenidos en las escalas administradas y su frecuencia de aparición, por lo que cabe resaltar que los puntajes más frecuentes fueron: 16 participantes dieron una puntuación de 13 puntos, 13 participantes obtuvieron 12 puntos y 12 participantes de 8 puntos (Ver tabla 2 y cuadro 2). Esta información posibilita la identificación de la presencia de los factores influyentes en la presencia de la depresión por lo que resulta interesante tomarlos en cuenta para el abordaje psicoterapéutico con las participantes.

Tomando los porcentajes de valores totales de la EPDS y analizándolos en función de las 5 subescalas previstas por el instrumento, se identificaron las siguientes medias estadísticas: Disforia 3.44; Ansiedad 4.35; Culpa 1.59; Dificultades de concentración 1.87 e Ideación suicida 0.05 (Tabla 3 y Cuadro 3). Estos datos resultan relevantes para comprender porque el promedio de depresión está cercano al punto de corte y además sirven de complemento y detalle para el abordaje terapéutico de estos estados psicológicos en las participantes.

Para identificar el nivel de ingresos de las participantes se tomó en cuenta el esquema de segmentación de tarifas de los servicios energéticos, el cual, tomando el criterio de

inclusión para la presente investigación, el segmento de ingresos medios debe percibir ingresos mensuales totales del hogar desde los \$100.000 hasta \$350.000, mientras que el segmento de ingresos bajos perciben ingresos mensuales totales del hogar menores a \$100 mil pesos, cabe tener en cuenta que para mejor comprensión es necesario tener en cuenta que según la definición del INDEC en una vivienda pueden subsistir varios hogares debido a que esto se dirime por el criterio de si los gastos son o no compartido por el conjunto de personas convivientes. Por lo que en la **totalidad de las participantes entrevistadas** se identificaron grupos convivientes con familia de origen pero que pertenecen al **segmento de ingresos bajos** teniendo en cuenta que los gastos de la vivienda no son compartidos.

Además, tomando en cuenta el **estado civil** se identificaron 4 personas solteras, 16 mujeres casadas y 55 en relación de concubinato. Mientras que el **nivel de escolaridad** se dividió en 60 con nivel secundario completo y 15 con nivel secundario incompleto.

En las mujeres que presentaron **embarazos previos** aparece recurrente la idea que en cada uno de los embarazos no se sintieron de la misma manera, “no todos los embarazos son iguales” así como también que ellas mismas actuaron de diferentes maneras a medida que fueron adquiriendo experiencias en el rol materno, se destaca también que en las mujeres multíparas se presenta como dificultad los hijos anteriores ya que el foco atencional debe ser dividido con el/los otro/s hijo/s. Por otro lado, del total de las entrevistadas en ninguna se identificó la presencia de **tratamiento de fertilidad** para concebir el embarazo, así como también solamente en 12 de las 75 entrevistadas se identifican procesos de **planificación familiar**.

Ahora bien, en la totalidad de las entrevistadas se identificó la convivencia y presencia de una **red de apoyo social y familiar**, ya que conviven en una misma vivienda o en un mismo terreno familiar,

esto resulta importante ser tenido en cuenta ya que al contar con una proximidad de otras mujeres durante los primeros 6 meses de posparto generan una red de contención y acompañamiento tanto para la madre y el bebe en el tránsito inaugural de encuentro madre e hijo. Así mismo, lo antes mencionado cobra relevancia en torno al **clima familiar** que envuelve a la mujer postparto, que nuevamente en la totalidad de las entrevistadas manifestaron que el mismo es positivo por brindarle acompañamiento, atención y contención tanto para el cuidado del bebe, así como también sus reacciones emocionales (angustia, llanto, irritabilidad) por ser significados como esperables en esta etapa de postparto.

En torno a los **duelos** no se tomó como representativo ya que solo 3 mujeres presentaron una pérdida de un embarazo anterior lo cual generó ansiedad y expectativa en el nuevo embarazo por el miedo a la repetición de la pérdida intrauterina.

Para finalizar, si bien ninguna de las entrevistadas se encontraban disconformes con la atención médica y obstétrica del centro de salud primario, resaltaron que no recibieron **atención psicoterapéutica durante el embarazo y postparto**, pero que lo consideran importante ya que la información que tenían sobre los cambios emocionales durante el embarazo y la depresión posparto provenían de otras fuentes como ser: amigas u otras mujeres de la familia, así como también de búsquedas en sitios de internet que ellas mismas efectuaron. Por otro lado, algunas de las entrevistadas realizaron el curso de preparación al parto brindado por el equipo obstétrico del hospital materno neonatal, sin embargo, refieren que el mismo les brindó herramientas para el parto no así para el postparto.

Conclusiones: El proceso realizado permitió identificar la presencia de síntomas relacionados a la DPP en un porcentaje importante, 60 %, en la población de usuarias adultas tempranas del sistema de

salud municipal; en este sector de la población relevada predomina la identificación de la subescala de disforia y ansiedad, lo cual permite pensar en síntomas de DPP más bien leves.

Asimismo, en relación a los factores que podrían pensarse como predisponentes a la DPP, en las mujeres puérperas entrevistadas se pudo observar que las angustias más recurrentes en el período del embarazo son los malestares cuando estos son muy severos y se mantienen por largos períodos de tiempo; resaltando los temores que se vivencian por posibles pérdidas del embarazo, principalmente cuando un hecho similar ha ocurrido en un embarazo anterior. En torno al parto los focos de mayor preocupación tienen que ver con la incertidumbre sobre la manera en la que se desarrollará el mismo, y si su resultado será exitoso y la salud con la que nace el bebé. En consonancia, el período de posparto tiene que ver nuevamente con los cambios fisiológicos que se producen y además con la adecuación a la nueva organización en torno a la atención que el bebé necesita, las pocas horas de descanso, la predisposición constante para esa atención, resaltando la dificultad que aparece cuando hay otros niños de los cuales también ocuparse; en ese sentido cobra principal importancia la red de apoyo y contención, generando un espacio propicio para sentirse realmente acompañada.

A partir de todo lo indagado resulta necesario resaltar que la participación en espacios psicoterapéuticos de las mujeres participantes del estudio durante el embarazo y posparto fueron escasos, solamente se ven algunos casos donde las mujeres concurrieron a un espacio de preparación para el parto, que brinda el Materno Neonatal de la Ciudad de Posadas, pero este tipo de espacios en el período posparto son nulos, así como tampoco se detectaron mujeres que hayan realizado alguna consulta psicológica en los CAPS donde asisten por otras atenciones como el control del bebé o la vacunación, entre otras. Por ello la información que tenían

sobre la DPP proviene de otras fuentes como otras mujeres de la familia, amigas que sintieron síntomas similares, fuentes de internet y redes sociales principalmente.

Por todo lo expuesto se considera que los espacios terapéuticos en el período del embarazo y el posparto son necesarios para acompañar a las mujeres y sus familias en este proceso que implica múltiples cambios fisiológicos y emocionales; ya sea desde espacios de difusión de información para contribuir a la prevención, así como también espacios de orientación que permitan la detección precoz; y adicionalmente servicios de salud mental que tengan acceso a espacios de consulta psicológica para trabajar en situaciones donde se presentan síntomas de DPP.

Finalmente, es dable proponer estudios futuros relacionados a esta línea de investigación, primeramente, revisar y validar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para Argentina, ya que es necesario adecuar dicha escala al lenguaje y dialecto de nuestro país. Por otro lado, se considera necesario tomar en cuenta los tiempos de nacimiento como parámetro de medición de los síntomas depresivo, tanto su presencia, ausencia o severidad; identificar el rol de la pareja en el acompañamiento puerperal; considerar además factores como ser nivel socioeconómico medio y alto, percepción subjetiva emocional en espacios de familias nucleares o personas gestantes solas, entre otros.

Bibliografía

1. de Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
2. Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277-283.
4. Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. (200) Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista Medicina General*, 24: 452-6.
5. Cogliandro, G. (2011). El compromiso de Unicef con la salud de las madres. El modelo de maternidades seguras y centradas en la familia. *Boletín Observatorio de la maternidad*. 13web. pdf.
6. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
7. Diaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*, 17(2), 25-30.
8. Dunker, J. (2002). Los vínculos familiares. Una Psicopatología de las Relaciones Familiares. Argentina: Editorial El Cid.
9. Giralda Sancha, J. (2015). Abordaje de la depresión postparto.
10. Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.
11. Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.
12. Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., ... & Argentina, U. N. I. C. E. F. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo. UNICEF Argentina.
13. Lartigue, T., Maldonado-Durán, J. M., González-Pacheco, I., & Saucedo-García, J. M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111-131.
14. Loo Reyes, N. F., Lobo Santiago, D. K., Quiroz Moncerrad, L. X., & Magallanes Vera, Y. A. (2021). Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por

medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. RECIAMUC, 5(2), 300-310. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.300-310](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.300-310)

15. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
16. Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.
17. Miranda Xochipa, M. (2021). Depresión posparto y apoyo social funcional en mujeres de una unidad de primer nivel de atención (Master's thesis, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla).
18. Mitchell, C. (2017). OPS OMS|“Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Pan American Health Organization/World Health Organization.
19. Mora, A. S. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista colombiana de antropología*, 45(1), 11-37.
20. Orejarena, S. J. (2004). Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB*, 7(20), 134-139.
21. Ortega Cuzme, L. E. (2019). Diagnóstico y manejo oportuno de la depresión postparto en el primer nivel de atención de salud.
22. Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L., & Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 152-162.
23. Rondón, M. B. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana*, 22(1), 15-18.
24. Rozic, P. R., Schwartzman, J. A., Paolini, C. I., Gadow, A., Calvo, D. A., Paesani, F., ... & Krupitzki, H. B. (2012). Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 409-417
25. Videla, M., & Grieco, A. (1993). Parir y nacer en el hospital: de la psicoprofilaxis obstétrica a la psicoprofilaxis perinatal interdisciplinaria. Ediciones Nueva Visión.