

Antes de empezar, los invitamos a:

- 1. Prender la cámara del computador
- Participar de la presentación levantando la mano y compartiendo recuerdos de su propia experiencia con pacientes que han atendido.
- 3. Por medio del chat, realizar preguntas y abrir temas para la discusión







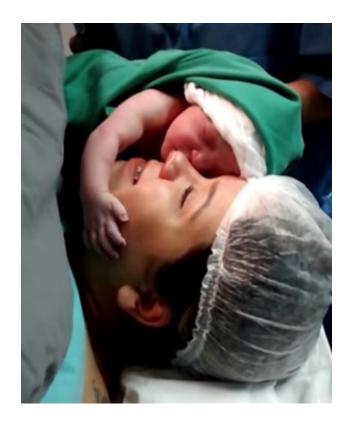
DEPRESIÓN POSTPARTO "La importancia de un diagnóstico oportuno"



Ps. Macarena Romero Jiménez Ps. Constanza Mena



INTRODUCCIÓN



Diada madre- bebé:

- La madre y el bebé viven un primer período de fusión emocional, caracterizada por una gran conexión emocional.
- No existe bebé sin su madre, ni madre sin su bebé (Winnicott).
- Una madre no puede cumplir con su labor de contención y sostenimiento emocional de su bebé, si ella misma no ha sido contenida por un tercero en la relación.
- ✓ Still face (Tronick)



https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0







POSTPARTO COMO UNA OPORTUNIDAD DE REPARACIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL





En el postparto podemos reparar con la madre y padre, conflictos o traumas de su propia historia vincular.

De esta manera se evita la repetición sin reflexión del pasado. Trauma transgeneracional.

El postparto es una oportunidad de prevenir psicopatología en el bebe, o alteraciones en el vínculo con sus figuras significativas.





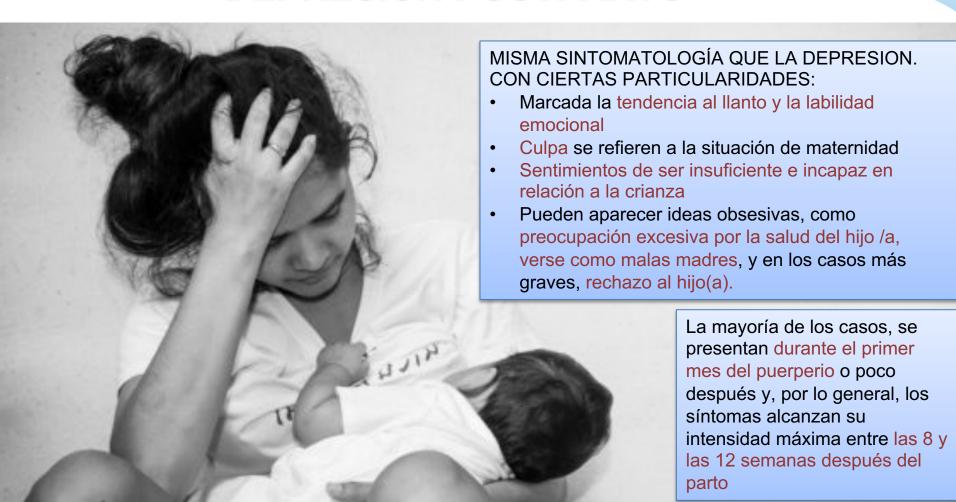
CRITERIOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM IV)

- 1. Presencia casi diaria durante al menos 2 semanas, de al menos 5 de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente:
 - 1. Estado de ánimo deprimido ('se siente triste, vacío, labilidad, irritabilidad)
 - 2. Disminución del interés o placer en cualquier actividad
 - 3. Aumento o disminución de peso/apetito (sin régimen)
 - 4. Insomnio o hipersomnio
 - 5. Agitación o enlentecimiento motor
 - 6. Fatiga o pérdida de energía
 - 7. Sentimientos inutilidad o culpa
 - 8. Problemas concentración o toma de decisiones
 - 9. Ideas recurrentes muerte o suicidio
- 2. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- 3. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- 4. No asociado a pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.
- 2.El episodio depresivo mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno psicótico.
- 3. Nunca ha habido episodio de manía o hipomanía.





DEPRESION POSTPARTO





RELEVANCIA

MORBILIDAD:

La prevalencia de la DPP en mujeres se encuentra entre un 10% y 20%.

En relación con la sintomatología depresiva asociada al puerperio, se encontró que la prevalencia es **mayor en el nivel socioeconómico bajo (41,3%)** que en el nivel socioeconómico alto (27,7%).

La tasa de detección espontánea es de un 2% y 6,3%

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO:

Se ha descrito que **la morbilidad de la depresión aumenta** dadas las demoras en el diagnóstico.

El estigma, la vergüenza y la culpa de las madres con depresión, son un importante factor de retraso en el diagnóstico.

No tratar la depresión en el postparto puede **implicar efectos adversos de largo plazo** para la madre, como que este episodio puede constituirse en un precursor de depresión recurrente.





IMPACTO DEPRESIÓN POSTPARTO

Afecta:

- Relaciones Interpersonales
- Funcionamiento Cognitivo
- Funcionamiento Conductual
- Funcionamiento emocional



	1.2. PAUTA EXPLORACIÓN FACTOR	ES DE RIESGO POST PARTO	EPISODIO DE	PRESIVO EN EL
	FACTOR A EXPLORAR	PRESENTE	AUSENTE	EFECTO DE RIESGO
*	Antecedentes personales de depresión en cualquier período de la vida.			*
	Antecedentes familiares de depresión (especialmente la madre).			P-
	Antecedentes familiares de suicidio.			1
	Antecedentes familiares de otros trastomos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad, debido al uso de sustancias).			-
-	Depresión durante el embarazo			1
ē	Bajo nivel de escolaridad			P
ĸ	Violencia doméstica			100
	Bajos niveles de apoyo social			F
*	Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o período posnatal.			P

(Complicaciones del embarazo, vivencia de violencia obstétrica, muerte perinatal, parto prematuro)

> Embarazos no deseados

- mayor número de hijos y de embarazos
- mayor diferencia con el hermano que le antecede





DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Anemia, Hipotiroidismo, etc...
- Disforia posparto/ Baby blues/ Simplemente Puerperio.

Incidencia: Más del 60% de puérperas

**Se trata de un estado.

Comienzo y duración: Transitorio, aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, algunos días (un día o dos, hasta dos semanas).

Síntomas: Ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas mas pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento psiquiátrico.

Psicosis Posparto:

Incidencia del 0,1 al 0,2%.

**Representa una emergencia psiquiátrica.

Comienzo: Por lo general comienza durante las primeras dos semanas postparto, a veces a las 48 ó 72 horas después del parto.

Síntomas: inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente este cuadro evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones.



IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO

- Si no son tratadas, un 25% puede persistir con síntomas aún al año de evolución.
- Sin tratamiento, aumenta el riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes, incluso más severos.
- Puede tener un impacto negativo en la relación madre-hijo
- Mientras más prolongado, mayor riesgo de afectar el desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, perceptual, etc.) de los hijos
- Los hijos de madres con DPP tienen significativamente más relaciones de apego inseguro que los hijos de madres sin depresión
- Se observan con mayor frecuencia trastornos conductuales en niños, mayor riesgo de maltrato infantil, y una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios
- La tasa de detección espontánea de síntomas depresivos en el periodo postparto es muy baja.



Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

П	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	a)Tanto como siempre	
1		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
Н	Aller Strake a consecution	a) Tanto como siempre	
2	He disfrutado mirar hacia delante	b) Menos que antes	
•	macia detante	c) Mucho menos que antes	
Щ		d) Casi nada	
П	Cuando las cosas	a) No, nunca	
3	han salido mal me he culpado a mi	b) No con mucha frecuencia	
3	nisma	c) Si, a veces	
	inne ce sariamente	d) Si, la mayor parte del tiempo	
	He estado nerviosa	a) No, nunca	
10		b) Casi nunca	
4	o inquieta sin tener motivo	c) Si, a veces	
	monro	d) Si, con mucha frecuencia	
	He sentido miedo o	a) No, nunca	
	he estado asustadiza sin	b) No, no mucho	
5		c) Si, a veces	
	tener motivo	d) Si, bastante	
		a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
	Las cosas me han	b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
ь	estado abrumando	c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
6		d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
	Me he sentido tan	a) No, nunca	
7	desdichada que he	b) No con mucha frecuencia	
120	tenido dificultades para dormir	d) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
		a) No, nunca	
8	Me he sentido triste o desgraciada	b) No con mucha frecuencia	
0		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
	TURNETTY CONSTRUCTO	a) No, nunca	
9	Me he sentido tan	b) Sólo ocasionalmente	
9	desdichada que he estado llorando	c) Si, bastante a menudo	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
10		b) Casi nunca	
10		c) A veces	
	Gallo	d) Si . bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada: a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 items.





TAMIZAJE

1. Escala de depresión de Edimburgo:

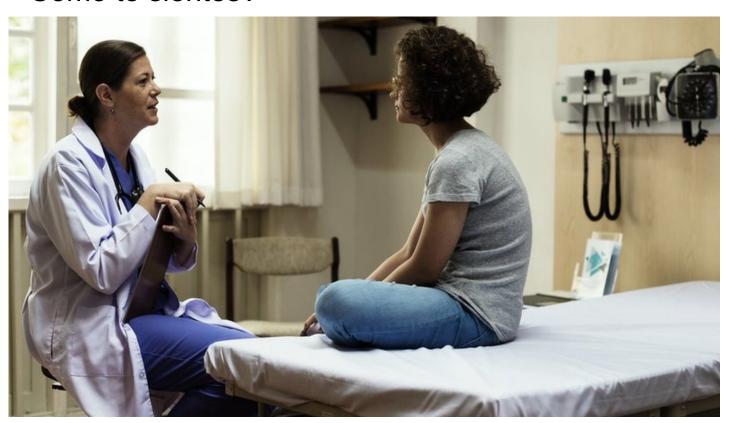
El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas postparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.

Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad.



2. Preguntas tales como:

Cómo estás tú? Como te sientes?







Señales de Alarma

- 1. "Baby blues" no mejoran luego de dos semanas o se intensifican. (ánimo no mejora con evolución positiva en la salud del RN).
- 2. Tristeza y culpa consumen sus pensamientos. Crisis de llantos frecuentes o sentirse triste de ser madre.
- 3. Perder interés en lo que previamente disfrutaba (serie, comida, estar con la pareja, etc.)
- 4. Cuesta **tomar decisiones** simples (ducharse, salir de la cama, etc.)
- 5. Preocupación de *no ser buena madre* (común en madres de niños crónicos o prematuros).
- 6. Patrones de **sueño** han variado (no puede dormir o duerme en exceso)
- 7. Ha tenido *cambios* grandes y estresantes en su vida (hospitalización en neo).
- 8. Pensamientos de hacer *daño* al RN o a sí misma.



Para considerar...



- Escuchar a la madre que acaba de parir, es una necesidad.
- Somos parte del contexto relacional de esa madre.
- Es importante reconocer el peso de nuestras palabras, desde el rol de una persona considerada experta.
- Reconocer que socialmente la violencia de género y las exigencias de género son factores de riesgo para la DPP.
- Considerar que la mujer en puerperio atraviesa una etapa muy sensible, que la vuelve vulnerable al entorno, y a la vez fértil para vincularse con su hijo/a.
- Explicar a las gestantes y puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible







¿Y los padres?

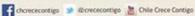


















DEPRESIÓN POSTPARTO EN PADRES

A nivel general, afecta a 1 de cada 10 padres.

Afecta a 24-50% de padres con parejas cursando DPP.

La mayor prevalencia entre los 3 y 6 meses postparto.

Especificidades:

Mayor hostilidad, conflicto, enojo, conductas evitativas (aumentar jornada laboral, deporte, promiscuidad sexual, consumo de sustancias)





FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de depresión.
- Relación de pareja conflictiva
- Falta de red de apoyo
- Desempleo
- Mayor edad
- Menor nivel educacional
- Familia de origen sobreprotectora
- Pareja con sintomatología depresiva materna ** (la DPP paterna también es un factor de riesgo para que la madre desarrolle DPP)









Es muy común que los hombres con DPP no expresen sus temores ni como se sienten, ya sea porque no se sienten cómodos exteriorizando sus sentimientos o por no querer preocupar a sus parejas.



IMPACTO DE LA DPP PATERNA

Funcionamiento familiar

Satisfacción marital

Desarrollo infantil

- Perciben a sus hijos con temperamento más difícil
- Problemas de sueño
- Problemas de alimentación
- Riesgo de apego inseguro
- A mediano plazo presentan problemas de conducta o hiperactividad (3-4 años)
- A largo plazo, bajo funcionamiento social, sintomatología depresiva





EN NEONATOLOGIA...



La hospitalización de un hijo puede alcanzar niveles de estrés muy altos que pueden constituir un evento traumático y generar un Trastorno por Estrés Postraumático

En prematuros, 15 - 27% de madres y 0 - 6% de padres presenta DPP en los primeros 3 meses.

14 - 21% de madres de hijos prematuros presenta DPP a los 9 y 12 meses. (No hay datos en padres)

Mayor riesgo si la prematuridad es más extrema.

Una condición que persiste y requiere apoyo.





PROPUESTA PARA LA DETECCIÓN DE DPP EN LA NEONATOLOGÍA....

Aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo a PADRES y MADRES en los siguientes momentos:

- * A los 3 días de hospitalización del RN
- * Luego 1 vez al mes.
- * Previo al alta, si lleva 2 o más semanas sin responder la escala.

PROCEDIMIENTO:

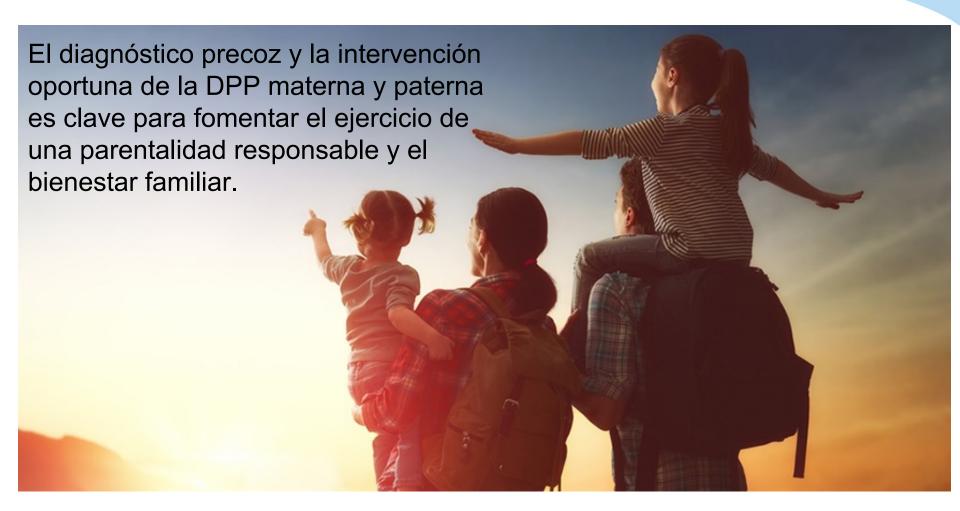
- ✓ En el ingreso, la/el enfermera/matrona introducirá el test (Rubrica para esta introducción)
- ✓ La escala será enviada vía online, por secretaría, a los padres y madres. Ellos recibirán un link para contestar la escala.
- ✓ Los resultados serán subidos por las psicólogas, a la ficha clínica de cada paciente.

Cómo introducir la escala:

"En la unidad de neonatología nos preocupa la salud mental de las madres y padres. La hospitalización de un RN es un evento estresante, y queremos poder acompañarlos en este proceso. Es por esto, que constantemente estaremos atentos a cómo se vayan sintiendo y si necesitan algún apoyo para su salud mental. Por esto, recibirán dentro de estos días, un mail con un link, donde aparecerá una escala o test, que evalúa cómo se han estado sintiendo en la última semana. Por favor, léala con detención y conteste todas las preguntas que aparecen. Si tienen alguna duda, nos van contando. ¡Muchas gracias!"











BIBLIOGRAFÍA

Cogill S, Caplan H. Impact of postnatal depression on cognitive development in young children. BMJ 1986;292: 1165-7

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 26–35.

Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. 2010;48(4):269-78.

Jadresic, R Araya. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Méd Chile. 1995;(123):694-9.

Lemus, N Yáñez. Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de Psicólogo. [Escuela de Psicología]: Universidad Católica de Chile; 1986.

Murray L. The impact of Postnatal Depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry 1992; 33:543-61

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *Journal of the American Medical Association*, *303*(19), 1961–1969.

Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Goodman, J. H., & Leiferman, J. A. (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 155–170.

Pérez, F., & Brahm, P. (2017). Paternal postpartum depression. Why is it also important? *Revista Chilena de Pediatria*, 88(5), 582–585.





BIBLIOGRAFÍA

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh; 2012. 21. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Tor. Univ. Heal. Netw. Women's Heal. Program Tor.

Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 358–377.

Whiffen VE, Gotlib IH. Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. J. Consult. Clin. Psychol. junio de 1993;61(3):485-94.

DSMIV:

https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf

Minsal:

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf