

Depresión perinatal en Chile: avances y retos

- ▷ Chile ha progresado en la detección y el tratamiento de la depresión postparto.
- ▷ Hay factores que obstaculizan el acceso a los servicios, como ciertas creencias negativas, el miedo y la vergüenza.
- ▷ Chile tiene que hacer algo para combatir estos obstáculos, mejorar los procesos y avanzar en la investigación.

Matías Irrazával
Director de salud mental
Ministerio de Salud,
Santiago, Chile

La depresión perinatal es la que tiene lugar entre el comienzo del embarazo y el periodo del postparto. Es un problema de salud pública importante que no solo afecta a las madres sino también a sus hijos y a todos los miembros de la familia, pero no se suele detectar, con lo que quien lo padece no recibe el tratamiento oportuno (Committee on Obstetric Practice, 2015; O'Connor y otros, 2019). Según varios estudios realizados en Chile, en torno al 10% de las embarazadas sufren depresión durante la gestación, mientras que en el ámbito internacional el porcentaje alcanza el 13%. Sin embargo, la cantidad puede llegar a una de cada tres mujeres si se tienen en cuenta también los síntomas de ansiedad (Jadresic, 2010).

La depresión perinatal es un trastorno invalidante muy difundido que tiene lugar durante el embarazo o en el periodo inmediatamente posterior. Su forma más conocida es la depresión postparto (DPP). Según los estudios realizados en Chile, la incidencia se encuentra entre el 8,8 y el 9,2%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida es del 20,5%: es decir, en torno a una de cada cinco madres padecerán DPP después de un parto. Existe una relación inversamente proporcional con los medios socioeconómicos: entre las mujeres con menos ingresos, la probabilidad de padecer DPP se multiplica aproximadamente por tres (Mendoza Bermúdez y Saldívia, 2015).

La depresión perinatal puede tener consecuencias duraderas e incluso permanentes para la salud psicofísica de la díada madre-hijo, que pueden desembocar en disfunción familiar, mayor riesgo de maltrato infantil y abandono, retrasos en el desarrollo, complicaciones obstétricas perinatales, dificultades para la lactancia y un aumento de los gastos en asistencia sanitaria. Otro posible efecto es la alteración de la relación y el vínculo entre la madre y el hijo, lo cual a su vez puede provocar problemas en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del pequeño (Earls y otros, 2010). Además, la DPP puede afectar a la relación de pareja y hacer que sufra depresión también el padre (Misri, 2018).

Es crucial investigar para detectar la depresión perinatal con prontitud, pues responde bien al tratamiento, con lo que la intervención temprana permite evitar las consecuencias más graves (Jin, 2019).

Detección y tratamiento de la DPP en Chile

Desde el año 2000, Chile cuenta con un Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión (Ministerio de Salud, 2009). Además, desde 2006 los episodios depresivos se encuentran en la lista de trastornos incluidos en el sistema chileno de Garantías Explícitas en Salud, que ofrece acceso a la sanidad pública a todo el que no tenga un seguro privado (Escobar y Bitrán, 2014). Esto significa que, en caso de diagnóstico confirmado, las beneficiarias de al menos 15 años de edad tendrán derecho a tratamiento a cargo de un especialista en un plazo de 30 días, con un copago del 20% como máximo (en torno a 75 USD al año) (Superintendencia de Salud, Internet).

En 2009 se institucionalizó Chile Crece Contigo (CCC), una política pública intersectorial para promover el desarrollo integral de la infancia. Este programa abarca tanto servicios universales como ayuda especial en caso de mayor vulnerabilidad durante el embarazo, el parto y la infancia (hasta los 9 años de edad). El CCC funciona mediante el sistema de sanidad pública y los niños se incorporan al programa en el primer control de gestación de la madre.

En el marco del CCC, los centros de atención primaria evalúan la situación psicosocial de las embarazadas y las madres de niños pequeños con una escala que abarca nueve factores de riesgo, entre los que se encuentran los síntomas depresivos (Cordero y López, 2010). Para acompañar a las mujeres durante los controles del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido, el personal de atención primaria utiliza un manual creado por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2008) que presenta un diagrama de flujo basado en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para la detección y el tratamiento de la DPP. Con estos instrumentos, los profesionales evalúan a las madres en los controles rutinarios que se llevan a cabo dos y seis meses después del parto (Ministerio de Salud, 2009; Alvarado y otros, 2015).

El equipo sanitario informa a las madres y detecta casos de depresión postparto en el Hospital de Iquique (Chile)



Foto: Cortesía del Hospital de Iquique (Chile)

Cuando se confirma un caso de depresión, se visita a la mujer en su domicilio para evaluar el riesgo de suicidio, se la anima a iniciar un tratamiento psicológico o farmacológico y se la informa sobre la psicología de la depresión postparto y sobre las opciones de seguimiento que existen (Ministerio de Salud, 2009).

Aunque los controles para detectar la DPP tienen una amplia cobertura y aceptación, la detección no siempre conduce al inicio del tratamiento. Antes de pedir ayuda y acceder a los servicios, las madres deben superar algunos obstáculos (Rojas y otros, 2015), tales como la resistencia a considerar los problemas psicológicos como una enfermedad propiamente dicha y la falta de redes de apoyo. Temen ser consideradas "locas".

Estos obstáculos están relacionados con una serie de creencias negativas sobre la depresión, la maternidad y la ayuda psicológica: la idea de que la depresión se supera con fuerza de voluntad; los trastornos mentales y la violencia familiar; el miedo de las afectadas al rechazo de sus familias; el temor a que las alejen de su hijo; y la vergüenza de aceptar sus sentimientos de rechazo del niño. Además, en ciertos contextos también hay factores socioculturales que contribuyen a estigmatizar el problema.

“Entre los factores que animan a las madres a pedir ayuda podemos mencionar el hecho de haber sufrido depresión previamente y haberse sometido a tratamiento, la motivación de curarse por el bienestar del niño y el estar conscientes del sufrimiento psicológico que están viviendo.”

Entre los factores que animan a las madres a pedir ayuda podemos mencionar el hecho de haber sufrido depresión previamente y haberse sometido a tratamiento, la motivación de curarse por el bienestar del niño y el ser conscientes del sufrimiento psicológico que están viviendo.

Otros factores guardan relación con el entorno sanitario. Por ejemplo, es más probable que las mujeres pidan ayuda si se fían del personal de la consulta y sienten que las han atendido bien; si el horario de apertura es cómodo; y si se sienten apoyadas cuando reciben el diagnóstico de DPP. Otras cuestiones tienen que ver con las redes de apoyo de la mujer: será más fácil que pida ayuda si un familiar cercano (como su madre o una hermana) se lo sugiere, si siente que sus seres queridos están a su lado y si alguien expresa preocupación sobre su estado de ánimo.

Retos para Chile en la gestión de la DPP

A pesar de los avances de los últimos años, Chile tiene que superar tres grandes retos para mejorar la detección y el tratamiento de la depresión perinatal.

En primer lugar, es importante concebir estrategias que eviten o reduzcan los obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento, con medidas como las siguientes:

- promover y ampliar estrategias de intervención temprana para hijos de mujeres con DPP
- mejorar la conexión entre la detección de la DPP y la derivación oportuna a profesionales que confirmarán el diagnóstico y el seguimiento
- perfeccionamiento del programa GES para la depresión, con especial énfasis en la psicoterapia basada en pruebas

- más educación y apoyo psicológico para las madres y sus familias, con el fin de combatir la estigmatización e informarlas sobre los distintos tratamientos existentes
- fomento de estrategias intersectoriales con grupos de madres trabajadoras para desarrollar prácticas laborales compatibles con la maternidad y garantizar la detección temprana de la DPP.

En segundo lugar, hay que mejorar la detección de los síntomas, lo cual exige actuar desde dos frentes: por un lado, explicando a la gente qué es la DPP y por qué conviene diagnosticarla pronto y tratarla con eficacia; por el otro, garantizando la formación continua del personal sanitario.

Por último, es necesario invertir más en la investigación nacional sobre la DPP para generar más conocimientos sobre ámbitos específicos como la evaluación, el cuidado y el seguimiento de las madres adolescentes (lo cual incluye la validación de instrumentos que permitan la detección temprana en esta franja de edad); y la mejora del uso de los sistemas de registro nacionales para organizar con prontitud las medidas necesarias según la situación local.

En conclusión, Chile despunta en la región en cuanto a la detección universal y a la posibilidad de garantizar el acceso al tratamiento de la depresión perinatal, y merece que se destaquen sus logros. De todas formas, aún hay que avanzar en los procesos y el acceso al tratamiento de las mujeres con DPP para mejorar su recuperación y su calidad de vida, por el bien de las madres y de la próxima generación.

➔ Para la versión en línea de este artículo: espacioparalainfancia.online/2020-7

REFERENCIAS

- Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. y Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of Women's Mental Health* 18(4): 607–12.
- Committee on Obstetric Practice. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology* 25(5): 1268–71.
- Cordero, M. y López, C. (eds). (2010). *Pauta de Riesgo Psicossocial. Evaluación psicossocial abreviada*. Santiago: Chile Crece Contigo. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/12/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf (último acceso en junio de 2020).
- Earls, M.F. y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 126(5): 1032–9.
- Escobar, L. y Bitrán, R. (2014). Chile: las Garantías Explícitas de Salud. En: Guidion, U., Bitrán, R. y Tristao, I. (eds). *Planes de beneficios en salud de América Latina*. Washington D. C. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 48(4): 269–78.
- Jin, J. (2019). Counseling interventions to prevent perinatal depression. *Journal of the American Medical Association* 321(6): 620.
- Mendoza Bermúdez, C. y Saldívar, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile* 143(7): 887–94.
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual of Personalised Reproductive Process Care*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Misri, S.K. (2018). *Paternal Postnatal Psychiatric Illnesses: A clinical case book*. Vancouver: Springer.
- O'Connor, E., Senger, C.A., Henninger, M.L., Coppola, E. y Gaynes, B.N. (2019). Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Obstetric Anesthesia Digest* 39(4): 180.
- Rojas, G., Santelices, M.P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M. y otros. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista Médica de Chile*, abril de 2015; 143(4): 424–32.
- Superintendencia de Salud. (Internet). *Depresión en personas de 15 años y más. Problema de salud 34*. Orientación en Salud. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18823.html> (último acceso en junio de 2020).