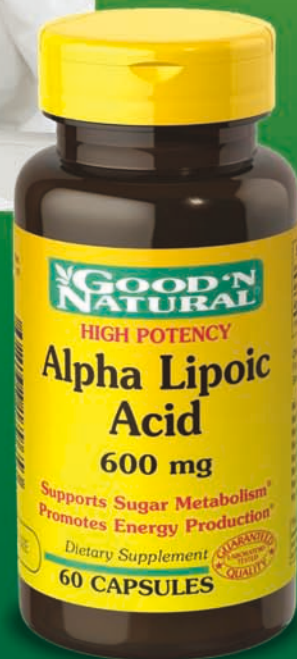


# Alpha Lipoic Acid

## 600 mg



Indicado en neuropatías periféricas ocasionadas por la diabetes



**NaturalLife**  
LO NATURAL CON EL MAYOR RESPALDO

f e /naturallifeuy

www.cuidesusalud.com.uy - 0800 1887

## Depresión Materna

– aportes para su comprensión y atención –

Magister en Psicología Nora d´Oliveira

Programa Uruguay Crece Contigo, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República.  
Montevideo - Uruguay



**Resumen:** La depresión materna es una condición de alta prevalencia tanto a nivel internacional como nacional y tiene importantes repercusiones tanto en la mujer como en el niño. Detectada oportunamente es de fácil remisión y no requiere de tratamientos complejos o costosos.

El estar alerta a su presencia en las mujeres que están cursando el puerperio, incluso hasta el año de vida de su hijo, para llevar adelante medidas de prevención y atención es una responsabilidad del equipo de salud que asiste a mujeres en esta etapa de la vida.

El presente artículo realiza una puesta al día y presenta los resultados del estudio de prevalencia realizado en Uruguay que detectó un valor del 16.5%.

**Palabras clave:** Depresión materna, prevalencia, maternidad.

**Abstract:** Maternal depression is a highly prevalent condition both international and national levels and has important implications for both the woman and the child. When it is detected early, it is easy and requires no reference complex or expensive treatments.

Being alert to their presence in women who are attending the postpartum period, even to the year of the child to carry out prevention and care is a responsibility of the healthcare team that assists women in this stage of life.

This article is an updated and presents the results of the prevalence study conducted in Uruguay which found a value of 16.5%.

**Keywords:** Maternal depression, prevalence, motherhood.

### Introducción

El objetivo de este artículo es dirigir la mirada de los profesionales de la salud hacia un cuadro que hasta el momento no ha recibido la atención que se merece y que significa un sufrimiento muchas veces oculto por parte de numerosas mujeres: **la Depresión Materna** (Depresión Materna).

Esta entidad es de alta prevalencia, encontrándose presente en el **16,5%** en las mujeres que se atienden en servicios públicos y privados de Montevideo.

Se caracteriza por intensos sentimientos de culpa de la mujer frente a sus funciones maternas y una gran dificultad de disfrutar su maternidad.

Las consecuencias que acarrea tanto para la madre como para su hijo son múltiples y complejas y pueden manifestarse en el futuro emocional del niño y del adulto. De allí la importancia de poder realizar el diagnóstico en el momento oportuno, hacerlo visible y actuar en consecuencia para proteger a la mujer y al niño frente a una situación que es de relativo fácil abordaje terapéutico junto a un adecuado soporte psico-social e intervenciones comunitarias de apoyo.

e-mail: ndoliveira@opp.gub.uy

### Definición

Se define como Depresión Materna al episodio que aparece luego de las primeras semanas posteriores al parto y se caracteriza por intensos sentimientos de culpa por parte de la mujer en relación a la crianza de su hijo o hija.

Se presenta con síntomas como:

- fatiga persistente,
- angustia excesiva por el cuidado del bebé,
- preocupación excesiva acerca del sueño y la alimentación del bebé,
- disminución de la autoestima,
- dificultades en las relaciones familiares sobre todo con la pareja,
- retraimiento excesivo,
- tristeza y
- ansiedad.

Es importante hacer notar que estas manifestaciones pueden ser normales en el puerperio, por eso se hace hincapié en que deben ser *exacerbadas y mantenerse en el tiempo*. La Depresión Materna como tal puede extenderse hasta el año de vida del niño.

En este sentido es importante diferenciarla de dos entidades claramente diferentes que son lo que en la literatura

especializada se denominan como "baby blues", y la psicosis puerperal.

El "baby blues" se presenta en el primer mes y afecta a una gran cantidad de mujeres, algunas estimaciones indican entre el 50 y el 80% de las puerperas. Tiene manifestaciones similares como gran sensibilidad, irritabilidad, dificultades en el sueño y preocupación ante los cuidados del bebé, pero básicamente se centra en una crisis evolutiva de buen pronóstico, asociada también a factores hormonales, y remite espontáneamente si se cuenta con un adecuado soporte psicosocial.

La psicosis puerperal por otra parte, dentro de la categoría del DSM-IV se clasifica como un trastorno psicótico que se observa en mujeres que acaban de tener un hijo y es un síndrome caracterizado por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañarse a sí misma y al niño en el periodo puerperal. Es una patología que no pasa desapercibido por el equipo de salud ni por la familia y requiere consulta inmediata con un especialista. La incidencia es de 1-2 casos por cada 1000 nacimientos.

La Depresión Materna se manifiesta en un momento de la vida de la mujer en que socialmente se asume que debe sentirse feliz frente a su maternidad y se actúa con ella a partir de este preconcepto. Por este motivo es que muchas veces las mujeres ocultan lo que están sintiendo por temor a no responder a lo que se espera de ellas, y esto aumenta sus sentimientos de culpa. En consecuencia tampoco consultan o piden ayuda porque consideran cualquier frustración y sentimiento de tristeza como inadecuado. Cuando este evento no es asistido oportunamente, puede provocar profundas consecuencias tanto para la madre como para su hijo.

Surge como fundamental el concepto de poder diferenciar entre la maternidad ideal para el imaginario social, donde solo cabe la felicidad y el placer, donde la mujer posterga todas sus necesidades ante las de su bebé y ser madre pasa a ser su rol fundamental, y la maternidad real, en la que las madres se pueden sentir agobiadas por las exigencias de la vida cotidiana cada vez más difícil para las mujeres en su doble rol productivo y reproductivo, además de la gran carga afectiva que significa la crianza de un bebé.

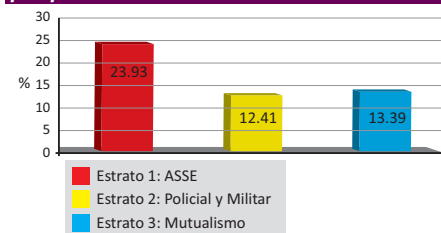
Es en este contexto que se desarrolla la Depresión Materna que se ha considerado una de las causas principales de afectación de la salud integral y de limitaciones de todo tipo en la mujer.

## La Depresión Materna en Uruguay

Si bien existen varios antecedentes internacionales de investigaciones de prevalencia de Depresión Materna, en Uruguay se cuenta con datos parciales, como los proporcionados por la investigación llevada a cabo en los Centros Materno-Infantiles de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social (BPS).

Los datos aportados por esta investigación llevada a cabo en el año 2002 señalan una prevalencia del 5% de madres con síntomas de Depresión Materna en su población. La

**Gráfica 1. Prevalencia de depresión materna por prestadores de salud.**



Fuente: Corbo G, Defey D, d'Oliveira N. Estudio de prevalencia de la Depresión materna en el primer año post-parto. Proyecto Desarrollo. PNUD, 2011.

herramienta de screening utilizada fue la Escala de Edimburgo (Cox JL, Holden M, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. British Journal of Psychiatry. 1987;150:782-786).

La escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPS 1987) fue desarrollada por Cox y colaboradores para ayudar a los profesionales de la atención primaria de salud a detectar madres que sufren de depresión materna.

Consiste en 10 cortas declaraciones con 4 opciones de respuesta para cada una, la madre elige cual de las 4 posibles respuestas está más cercana a cómo ella se ha sentido durante la última semana. Luego se realiza la suma de acuerdo a un puntaje determinado. La mayoría de las madres completa la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación mostró que las madres que puntuaban por encima de 12 o 13 tenían más probabilidad de sufrir una enfermedad depresiva de severidad variada. No obstante, el puntaje de la escala no debe sustituir el juicio clínico, es necesaria una evaluación más profunda para confirmar el diagnóstico. (Ver Tabla 1)

## Estudio de prevalencia en Uruguay

Para obtener información sobre la situación actual de la depresión materna en Uruguay, se llevó adelante una investigación coordinada desde el Proyecto Desarrollo del Programas para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) junto a la Facultad de Medicina, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La investigación se realizó entrevistando a madres que concurrían a los servicios de salud públicos y privados (salas de espera de las consultas pediátricas) y tenían hijos hasta el año de edad. Se aplicó un cuestionario estandarizado y la Escala de Edimburgo a una muestra total de 340 mujeres.

Esta investigación arrojó interesante información sobre esta realidad, más allá de establecer una prevalencia de un 16,5% de mujeres con síntomas de Depresión Materna.

**Tabla 1. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre:	Dirección:
Su fecha de Nacimiento:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento del Bebé:	Teléfono:
Como usted recientemente ha tenido un bebé queremos saber cómo se está sintiendo. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy. Por ejemplo, si la pregunta es: <i>Me he sentido feliz</i>	
- (X) Sí, la mayor parte del tiempo	
- No, no muy a menudo.	
- No, nunca	
Si elige la que está marcada significa que "me he sentido feliz, la mayor parte del tiempo durante la semana pasada". Por favor, responda a las siguientes preguntas de la misma manera, marcando con una cruz la respuesta que usted elija.	
1. Me he podido reír y ver el lado alegre de las cosas	6. Las cosas me desbordan
Como lo hice siempre	Sí, la mayor parte de las veces no he podido manejarme como lo hago siempre
No tanto ahora	Sí, la mayor parte de las veces me manejo bastante bien, pero no me he manejado tan bien como siempre.
Mucho menos ahora	No, muy a menudo
No, no he podido	No, nada
2. Espero con entusiasmo las cosas que van a suceder	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Tanto como siempre	Sí, la mayoría de las veces
Un poco menos que antes	Sí, a veces
Sin dudas menos	No muy a menudo
Prácticamente nunca	No, nada
3. Me he sentido culpable sin razón cuando las cosas no han salido bien	8. Me he sentido triste o desgraciada
Sí, la mayoría de las veces	Sí, casi siempre
Sí, algunas veces	Sí, bastante a menudo
No muy a menudo	No muy a menudo
No, nunca	No, nada
4. He estado angustiada o preocupada por cosas poco importantes	9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
No, para nada	Sí, casi siempre
Casi nunca	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	Sólo cada tanto
Sí, muy a menudo	No, nunca
5. Me he sentido muy temerosa o asustada por cosas que no eran para tanto	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	A veces
No, no mucho	Casi nunca
No, nada	No, nunca
<b>Instrucciones de uso:</b> 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. Tienen que responder las diez preguntas.	
La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto.	
<b>Pautas para la evaluación:</b> 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 evaluaciones 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.	
Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proviendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.	

Tomado de: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry. 1987;150:782-786.

Se describen a continuación algunas características que presentan estas mujeres. Por ejemplo es importante destacar que este evento tiene mucha mayor prevalencia en la población que se asiste en los **servicios públicos de salud**, ver Gráfica 1, así como en las mujeres con **menor nivel educativo** (ver Gráfica 2).

Estas dos características se suelen tomar como indicadores del nivel socio-económico de la población, en este sentido entonces, nos obliga a tomar conciencia sobre la importancia de ser aún más cauteloso en el reconocimiento y la atención de estos episodios en la población más vulnerable, a la cual además se le suman otros factores de riesgo, que no solo aumentan el sufrimiento de estas mujeres sino que trae aún mayores repercusiones en el desarrollo de sus hijos.

Otras de las características que vale la pena destacar es que las mujeres con Depresión Materna manifestaron tener dificultades con la pareja, principalmente asociadas a recibir reclamos de parte de ella, tanto desde lo afectivo como desde lo sexual. En este sentido este dato deja en evidencia la **falta de apoyo** que estas mujeres sienten, y más si su pareja no responde como un soporte adecuado para el momento que está transitando.

También un 37% de las mujeres con síntomas de depresión dijeron a su vez **reconocer en sus parejas síntomas de depresión**. Si bien es su percepción subjetiva, llama la atención sobre el hecho de que un hombre deprimido difícilmente pueda ser apoyo para la mujer, así como ella tampoco será sostén para su situación. En este caso ninguno de los padres estará en las mejores condiciones para afrontar las necesidades del bebé. *Surge como importante entonces no solo investigar el estado emocional de la mujer sino también de su pareja.*

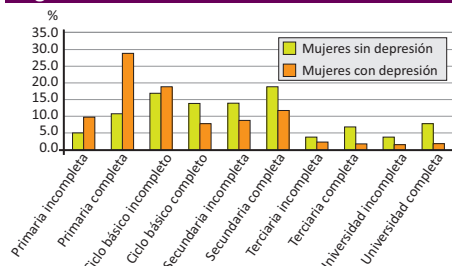
En esta misma línea, las mujeres con síntomas de depresión manifestaron no recibir el apoyo que necesitan en relación a las tareas del hogar y para el cuidado de su hijo o hijos si hubiera otros hermanos.

Otro resultado interesante que arrojó la investigación es la relación con los antecedentes de depresión no solo propios de la mujer, como el haberse sentido deprimida durante el embarazo, sino también de antecedentes familiares del mismo episodio. Este punto es un llamado de atención a la necesidad de contar oportunamente, por ejemplo en la consulta con el ginecólogo o el pediatra, con las antecedentes familiares, de pareja y personales de una depresión previa que permita estar atentos a la mayor probabilidad de que la mujer pueda sufrir de Depresión Materna.

Esta condición de antecedentes de depresión, donde se consideran tanto los propios de la mujer como los familiares y de su pareja (siempre teniendo en cuenta que la información se basa en la percepción subjetiva de la mujer obtenida a través de un cuestionario), demostró ser estadísticamente asociada a la Depresión Materna (a partir de la aplicación de la prueba de Chi cuadrado). Otras características que cumplen esta condición son:

- Variables que se relacionan con la percepción de falta de apoyo y reclamo afectivo de la pareja hacia la mujer, así también la existencia de problemas en la pareja.

**Gráfica 2. Prevalencia de depresión materna según nivel educativo.**



Fuente: Corbo G, Defey D, d' Oliveira N. Estudio de prevalencia. Depresiones maternas. Depresión materna en el primer año post-parto. Proyecto Desarrolla, PNUD, 2011.

- Variables en relación al cuidado de los hijos. Las mujeres sienten que no reciben el apoyo que necesitarían en este sentido.
- Variables relacionadas al haber pasado por sucesos relevantes como haber vivido o estar viviendo problemas económicos, desilusión respecto a personas cercanas, situaciones de mudanzas, fallecimiento de personas queridas cercanas y pérdida de trabajo.

Existen otras condiciones que no fueron identificadas como estadísticamente dependientes, pero que son interesantes de tener en cuenta. Entre ellas está la particularidad que las mujeres con síntomas de depresión describieron a sus hijos con características estresantes como llorón, irritable, nervioso, difícil de calmar, etc. Esta percepción podría ser causa o consecuencia de la posible depresión, de todas maneras nos indica la dificultad que esta mujer siente a la hora de atender las necesidades de su hijo que vive como un foco importante de stress.

Otro dato interesante y que concuerda con la literatura internacional es que las mujeres con síntomas de depresión presentan mayor frecuencia de haber tenido dificultades para quedar embarazadas, abortos, fallecimiento de otros hijos, complicaciones durante el embarazo y dificultades en el amamantamiento. Esta información también es orientadora de hacia dónde tenemos que mirar a la hora de apoyar a una mujer que ha transitado por estos episodios con una mirada de prevención de una posible depresión.

## Repercusiones en el niño

Si bien los aportes de la bibliografía a nivel internacional habla de diferentes niveles de repercusiones en el niño que van desde profundas consecuencias en el desarrollo tanto afectivo como integral, hasta investigaciones que no encuentran relaciones tan claras entre la Depresión Materna y las alteraciones en el niño, es cierto que el niño pequeño se encuentra en una etapa vital de estructuración de su psiquismo y de alto riesgo de vulnerabilidad biológica.

El niño de pocos meses precisa continuidad afectiva, sutileza en la percepción del cuidador frente a sus necesidades y amplia disponibilidad para satisfacerlas. Esto es posible cuando la madre se siente segura tanto interiormente como a través de un entorno sostenedor que le devuelve la percepción de su propio valor como madre, y logra disfrutar en el cuidado del hijo.

La madre con Depresión Materna tiene dificultad en demostrar su afecto, disminuyen sus posibilidades de empatía y de reactividad emocional, lo que afecta su capacidad de respuesta ante las necesidades del niño. Esta situación puede llevar a que no logre comprender las señales que él da y por lo tanto no responda en forma adecuada, cual círculo vicioso que le genera mayor ansiedad y angustia frente a su rol de madre y disminuye su capacidad de responder.

Otros estudios muestran que las madres con Depresión Materna hablan menos con sus hijos y con un tono más monótono lo que puede repercutir en el futuro desarrollo del lenguaje.

Las repercusiones en el niño pueden partir de las dificultades de la madre en conducir los cuidados y crianza adecuados que a veces se manifiestan a través de una excesiva carga afectiva y conductas intrusivas basadas en su inseguridad, que buscan compensar lo que ella percibe como carencias en su rol de madre.

Existen otros factores que intervendrán en las consecuencias que el estado de la madre tenga sobre el niño, entre otros:

- Que la depresión sea resultado de alteraciones más profundas de la personalidad de la mujer.
- La duración de la depresión (nuevamente marca la importancia de la detección oportuna).
- Los estresores ambientales que han generado la depresión, como los ya mencionados.

- El significado subjetivo que la mujer le dé a la situación, ya sea que se centre su depresión en su percepción de la dificultad de la maternidad y los cuidados del niño, o por el contrario el hijo sea percibido como la única luz de esperanza y la madre proteja especialmente el vínculo con él.
- La forma en que el niño lidie con la Depresión Materna, algunos sobre-adaptándose a la situación y siendo los "niños perfectos" que no lloran y no se quejan, o los niños que buscan hacer reaccionar sus madres a través de conductas que reclaman su atención.

Lo que se propone es **considerar la Depresión Materna no como una patología materna, sino como un trastorno del vínculo temprano madre-hijo** en el cual los efectos de la Depresión Materna sobre el hijo están mediados por estilos de interacción, los cuales, a su vez, están determinados por el significado subjetivo que la madre le da a la relación.

Surge como fundamental el poder concluir que si bien hay que estar atentos a lo que la Depresión Materna pueda influir en el desarrollo del niño, no todas las alteraciones en el bebé son debidas a la depresión, ni todas las mujeres que cursan Depresión Materna generan consecuencias patológicas en el lactante, jerarquizando el concepto de que la Depresión Materna no puede ser manejada de forma culpabilizante, ya sea en forma explícita o implícita, lo que a veces resulta peor, pero sí es importante estar atentos a esta realidad que puede ser dolorosa para ambos.

## Alternativas de intervención

Con la anteriormente referida concepción de la Depresión Materna, no como una patología, sino como una circunstancia de vida causada por el hecho de la maternidad y un

## Bibliografía consultada

1. Adiego A; Capdevielle E; Vázquez C; Araujo G; Cervetto M. Depresión post parto e intervención temprana. Investigación realizada en Centros Materno-Infantiles y Unidad de Perinatología) Banco de Previsión Social. 2002.
2. Assanelli M; Defey D. Psicopatología del puerperio. Temas de Medicina Obstetricia, 1997. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
3. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? Buenos Aires: Paidós 1982.
4. Ballinger C. B. Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. Journal of Psychosomatic Research. 1982;26(6): 629-634.
5. Bernardi R; Schwartzmann L; Canetti A; Cerutti A; Roba O; Zubillaga B. Cuidando el potencial del futuro: El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay. Montevideo: Depto Psicología Médica, Facultad de Medicina. 1996.
6. Boath E & Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. Journal of Infant and Reproductive Psychology. 2001;19(83):215-248.
7. Bowlby J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós. 1989.
8. Call J; Galenson E; Tyson R. (eds.) Frontiers of Infant Psychiatry. New York: Basic Books. 1983.
9. Canetti A; Camporeale N; Da Luz S; Lamstein I; Mila J; Navarrete C; Neves N. Seguimiento Interdisciplinario del binomio hijo-madre adolescente. Arch Pediatr Urug. 1996;67(1):35-36
10. Chaudron L, Heneghan A, Kelleher K, Eaton K, McCue S, Park E, O' Connor K, Stein R, Storfel-Isser A. Factors associated with identification and management of maternal depression. Pediatrics. 2007;119(83):444-448
11. Cox J, E. Buman M; Valenzuela J; Pierre Joseph N; Mitchell A; Woods E. R. Depression, Parenting Attributes, and Social Support among Adolescent Mothers Attending a Teen Tot Program. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2008;21:275-281.
12. Corbo G; Defey D; d' Oliveira N. De-presiones maternas. Depresión materna en el primer año post-parto. Estudio de prevalencia. Proyecto Desarrolla, PNUD, 2011.
13. Cramer B. Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? Infant Mental Health Journal. 1993;14(4):283-297.
14. Defey D. La experiencia de la maternidad. Temas de Medicina Gineco-Obstétrica Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana. 1997.
15. Defey D. (Comp.) Mujer y Maternidad, Tomos I al IV. Montevideo: RocaViva 1994, 1995, 1996.
16. Díaz-Rosello J. L.; Ferreira-Castro A. Maternología: when a baby is born, a mother is born. NeoReviews. 2008;9(1):E326-E331.
17. Dousum K, Hosman C, Hoefnagels C, Riksen-Walraven J. Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(6):747-756.
18. Fescina R. H; De Mucio B; Díaz Rosello J. L; Martínez G; Abreu M; Camacho V; Schwarz R. Atención integral centrada en la madre y el niño después del nacimiento. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR Publicación Científica n° 1562. 2008.
19. Forman D; Videbech P; Hedegaard M; Dalby J; Secher N. Postpartum depression: identification of women at risk. Br J Obstet Gynaecol. 2000;107:1210-1217.
20. González MC; Silva y Rosas E; Prego C. E; Choca F; Juncal A; Correa S; Meneghetti X; Barcia V; Kitowski S; Ambrosioni M; Colinho S. Detección, prevención y tratamiento de la depresión de adolescentes durante el embarazo y el post-parto. Efectos en el vínculo temprano madre-bebe y en el desarrollo del niño. APPIA 2008:17.
21. Gunlicks ML; Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental



entorno que no logra ser sostenedor, podemos decir que hay varias alternativas de intervención.

En un primer nivel, se puede actuar *fortaleciendo sus redes de apoyo, desde la familia y el entorno cercano a la madre, como lo importante que puede llegar a ser el rol del pediatra*. En la dificultad de la madre de relacionarse con el entorno, pero al mismo tiempo intentando con todo su esfuerzo no descuidar a su hijo, es muy probable que no deje de llevarlo a los controles en salud. En este contexto, puede ser el pediatra el más indicado para detectar esta situación y derivar adecuada y oportunamente a la madre.

Otros aspectos que pueden ayudar como factores de protección son la *preparación para la maternidad* (a través de los clásicos talleres de preparación para la el parto u otros más integrales de trabajo con las parejas en la maternidad/paternidad, prácticas de crianza, lactancia materna, etc.), como fomentar la presencia de la pareja y/o familiar en las consultas y encuentros con la mujer durante el embarazo y luego ya en las consultas con su hijo.

A otro nivel, también son efectivos los *tratamientos tanto psicoterapéuticos como farmacológicos o la combinación de ambos*. Si el tratamiento fuera farmacológico, es importante destacar que se puede buscar medicación que sea compatible con la lactancia materna, no siendo necesario suspender la lactancia si la mujer requiere medicación, lo que es muy importante ya que una buena experiencia en la lactancia suma y mucho a la posibilidad de la madre de conectarse y lograr disfrutar de la relación con su hijo (si tiene el apoyo y la preparación necesaria).

Como tratamiento psicoterapéutico, resulta una práctica habitual de los profesionales de la Salud Mental, es costo-efectiva y se instrumenta generalmente en alguna o varias

de sus diferentes modalidades en los diferentes servicios de salud, tanto públicos como privados, resultando entonces accesibles para la población general. Las terapias madre-bebé también son muy adecuadas, pero requieren de un profesional con especialización en la técnica.

## Conclusiones

Se enfatiza la necesidad de *desdramatizar* la Depresión Materna y considerarla como una de las vicisitudes posibles de la naturaleza humana frente a una situación de cambio, de crisis vital como la que implica la maternidad.

*Cuidando a la mujer estaremos también cuidando al niño*, es fundamental apoyar a la mujer y a la familia en esta etapa de su vida para favorecer un desarrollo sano e integral para niño y un goce pleno de su maternidad para la madre.

De lo expuesto surge la importancia de poder incluir un instrumento de screening, como la Escala de Edimburgo a la evaluación que realiza el personal de salud que está en contacto con la madre en ese primer año (pediatras, médicos de familia, ginecólogo, etc.) para poder detectar esta situación precozmente y por lo tanto actuar en consecuencia, tanto para el beneficio de la mujer como para el de su hijo.

Asimismo, como sociedad y parte de la comunidad, es importante comprender la situación por la que está pasando la mujer y formar parte de la red de sostén afectivo y social que la madre necesita para poder superar esta situación y lograr transitar plenamente por la experiencia de la maternidad.

Recibido: 27/08/13  
Aprobado: 2/10/13



## Bibliografía consultada

- depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(4): 379-389.
22. Heneghan A; Chaudron L; Storfer-Isser A; Park E; Kelleher K; Stein R; Hoagwood K. & McCue S. Factors associated with identification and management of maternal depression by pediatricians. *Pediatrics* 2007;119:444-454.
23. Heneghan A; Johnson E; Bauman L. & Stein R. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics*. 2000;106:1367-1373.
24. Jaime OM; Solis NV; Zarate M; Linetzky J; Antiezo O.A. Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil. *Acta Científica Estudiantil*. 2006;4(3):137-145.
25. Kabir K, Sheeder J, Stafford B, Stevens-Simon C. Screening for Postpartum Depression at Well-Child Visits: Is once enough during the first six months of life? *NASPAG 22nd Annual Clinical Meeting* 2008;1-14.
26. Kim JJ; Gordon TEJ; La Porte LM; Adams M; Kuendig JM; Silver RK. The utility of maternal depression screening in the third trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;199:509.
27. Langer M. *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Paidós 1976.
28. Lartigue J; Maldonado-Durán J. M; González-Pacheco I; Sucedá-García J. M. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(2):111-131.
29. Madsen S. A; Juhl T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scale. *JMHG*. 2007;4(1):26-31.
30. McLearn KT; Minkovitz CS; Strobino DM; Marks E; Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;160:279-284.
31. Mounts KD. Screening for maternal depression in the neonatal ICU. *Clin Perinatol* 2009;36:137-152.
32. Nielsen Forman D; Videbech P; Hedegaard M; Dalby Salvig J; Secher N. J. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obs Gyn*. 2000;107.
33. Olson A; Dietrich A; Prazar G. & Hurley J. Brief maternal depression screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2006;118:207-216.
34. Olson A; Kemper K; Keheller K; Hammond C; Suckerman B; Dietrich A. Papel del pediatra de asistencia primaria y responsabilidad percibida acerca del diagnóstico y tratamiento de la depresión materna. *Pediatrics* 2002;(Ed esp);54(6):286-296.
35. Poo AM; Espejo C; Godoy C; Gualda M; Hernández P; Pérez C. Prevalencia y Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*. 2008;136(1):44-52.
36. Poobalan AS; Aucott LS; Ross L; Smith WCS; Helms PJ; Williams JHG. Effects of treating postnatal mother-infant interaction and child development. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:378-386.
37. Purves L. Como no ser una madre perfecta. Buenos Aires: Paidós. 1990.
38. Risco L; Jadresic E; Galleguillos T; Garay JL; González M; Hasbún J. Depresión posparto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002; 2(1):61-66.
39. Schore AN. Contributions from the Decade of the Brain to Infant Mental Health. *Infant Mental Health*. 2001; 22:1-2.
40. Stern DN; Bruschiweiller-Stern, N; Freeland A. El nacimiento de una madre Buenos Aires: Paidós. 1999.
41. Videla M. *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: Peña Lillo. 1984.
42. Winnicott D. W. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia. 1958.

**TIEMPO  
PRESENTE**



AM 770  
**Oriental**