

Resumen Ejecutivo del Proyecto

INTRODUCCIÓN

La enfermedad depresiva es un problema de salud pública por su alta prevalencia, la discapacidad que produce y sus costos económicos. Un factor de riesgo indiscutible es el sexo femenino siendo más frecuente en las mujeres en edad fértil y, por ende, prevalente en el período perinatal, lo cual trae consecuencias negativas para la calidad de vida de la madre y efectos negativos en su descendencia. Existen tratamientos efectivos para la enfermedad depresiva y en Chile hay acceso universal a su tratamiento a partir de la última reforma de salud. La patología depresiva está incorporada a las Garantías Explícitas en Salud y el Ministerio de Salud recomienda un tamizaje universal para la detección de la depresión posparto. Datos administrativos del Ministerio de Salud indican que, a pesar que se realiza una detección de posibles casos de DPP, un porcentaje muy bajo de las mujeres con posible DPP acceden a tratamiento. Hasta la fecha, no existen en el país estudios publicados que describan las posibles barreras de acceso a tratamiento de la depresión en el período posparto.

OBJETIVO

Describir y analizar las barreras de acceso a tratamiento de la depresión postparto en el nivel de Atención Primaria en Salud.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio exploratorio que incorporó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección de información. Además de una evaluación del funcionamiento de la atención recibida por mujeres con depresión postparto. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Componente cuantitativo: Incluyó la construcción de una cohorte de 300 mujeres puérperas que comenzaran sus controles en el postparto. En ellas se evaluaron variables sociodemográficas, gineco-obstétricas, la sintomatología depresiva y la presencia de DPP. Además, se evaluó la capacidad de detección de la patología depresiva por parte de los equipos que brindan los servicios. Esto permitió conocer la prevalencia de DPP en cada centro y la tasa de detección de casos por parte del equipo.

A todas las mujeres seleccionadas se les aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para realizar diagnóstico de episodio depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSMN-IV), el Cuestionario de Salud (SF-36), y una encuesta breve sobre procedimiento de tamizaje.

A los tres meses, las mujeres que presentaban DPP fueron entrevistadas para reevaluar su sintomatología depresiva, su calidad de vida y se documentó el uso de servicios y adherencia a tratamiento, las barreras de acceso a ellos y sus percepciones sobre la depresión y sus posibles tratamientos.

La información de los resultados de los instrumentos aplicados se ingresó a una base de datos, para su posterior análisis estadístico el cual consistió en estadística descriptiva para todas las variables. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística para determinar posibles factores asociados a la presentación de DPP.

El *componente cualitativo* de la investigación comprendió un estudio exploratorio y comprensivo con un diseño que combinó elementos etnográficos y de la teoría fundamentada.

Para indagar en las situaciones y condiciones de prestación de servicios, se utilizó un enfoque cuasi-etnográfico, que, intencionada y selectivamente, durante un período de tiempo no prolongado, permitió observar, describir e interpretar las interacciones que ocurrieron entre las mujeres que asistían a control de niño sano (“usuarias”), el conjunto de beneficiarios, el personal de los consultorios y los profesionales de la salud de estos establecimientos. Se elaboró una descripción densa de lo observado, producto del trabajo de campo consistente en notas de campo, observación participante y entrevistas abiertas e informales.

También se empleó un diseño de teoría fundamentada con el fin de explorar, mediante entrevistas individuales en profundidad y semi-estructuradas, la vivencia de las mujeres con diagnóstico de depresión en el posparto y la experiencia de los profesionales de la salud en torno al proceso de detección, diagnóstico, derivación y tratamiento de la DPP, identificando factores que determinan que influyen en la adherencia a tratamiento. Se privilegió el grado de saturación alcanzado por los datos, posteriormente sometidos a un análisis de contenido basado en la Teoría Fundada.

En forma complementaria a los dos componentes descritos, se realizó un *Auditoría Administrativa*, en la cual se recolectó información del funcionamiento de los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y derivación de la DPP en los 6 centros seleccionados, mediante la aplicación de una pauta estandarizada. Para evaluar el uso de servicios de las mujeres con DPP, se realizaron auditorías de las fichas clínicas de atención de las mujeres.

RESULTADOS

Resultados Estudio Cuantitativo

Características Generales de la Muestra

Se seleccionaron en total 6 Centros de Salud Familiar o Consultorio Urbano que registraron el mayor número de controles de niño sano al segundo mes según los datos entregados por el MINSAL. La tasa de aplicación del EPDS en el segundo mes de posparto fue de 89,1% y la tasa probable de DPP fue de 24,1% según los datos administrativos aportados por el MINSAL. La tasas de menor y mayor aplicación de la EPDS fueron del 76,5% (Comuna de Santiago) y de 100% (Comuna de Peñalolén). Mientras que la mayor tasa probable de DPP se registró en la Comuna de Puente Alto (49,1%) y la menor en San Bernardo (3,1%).

Características socio demográficas

La muestra estuvo constituida por 305 mujeres con una edad promedio de 27,1 años (IC 95% 26,4, 27,9). Un 63,3% de ellas eran solteras. Al menos el 50% de las mujeres tenía dos hijos vivos al momento de ser evaluadas. Un 51,5% de las usuarias tenía educación media completa. De las entrevistadas, el 48,5% vivía con su pareja y otras personas; y sólo un 5,6% vivía solo con su pareja. El 64,6% declaró que su ocupación era dueña de casa. Un 40,7% tenía más de una ocupación. Previo al embarazo, el 67,4% tenía trabajo remunerado.

Factores perinatales

Respecto de su último embarazo, un 57,7% de las mujeres reconoció que éste no fue planificado. La mediana de semanas al momento del parto fue de 39 semanas. El tipo de parto fue normal en la mayoría (62%) de los casos. El 50% de las entrevistadas estuvieron al menos 3 días hospitalizadas por el parto. El cuidado del bebé fue realizado exclusivamente por la madre en el 52,8% de los casos y el 38% de las madres señaló no recibir ayuda. En cuanto a la alimentación de su bebé, un 70,8% aseguró haberle dado pecho exclusivo, en cambio, al momento de la entrevista, el 53,8% de las madres señalaron que la alimentación de su bebé consistía en pecho más relleno y/o comida. El 50% de las mujeres dio pecho exclusivo hasta al menos los primeros 5 meses.

Factores asociados a detección y tratamiento de la DPP

El puntaje promedio de la muestra en el EPDS fue de 8,9 (IC 95% 8,3-9,5), siendo el centro de salud con el puntaje más bajo (7,6; IC 95% 6,1-9,1) el situado en la comuna de San Bernardo, mientras que el puntaje más alto fue de 9,8 (IC 95% 8,5-11,1), en el centro situado en la comuna de Pudahuel (diferencias estadísticamente no significativas). En total el 37,7% de la muestra presentó un EPDS positivo (sospecha de DPP).

Un 36,4% de las entrevistadas afirmaron haber sido diagnosticadas con depresión en algún momento de su vida y un 27,2% del total refiere haber recibido tratamiento de depresión con anterioridad.

En relación al proceso de tamizaje, se obtuvo que el 64,9% de las mujeres fueran evaluadas en los centros de salud que asistían, y al 60,1% del total se les comunicó el resultado. De las mujeres que reconocieron ser sometidas a tamizaje, el 63,1% señaló que el encargado de realizarlo fue un(a) enfermero(a) y un 31,8% señala que fue un(a) matró(a).

El 27,8% de las entrevistadas a las cuales se les aplicó el EPDS recibieron alguna indicación. Las derivaciones para el tratamiento de las mujeres diagnosticadas con DPP fueron principalmente a un(a) psicólogo(a) (52,7%) y al equipo de salud mental (25,5%).

Sólo el 29,1% de las mujeres que recibieron indicación posterior al resultado del EPDS reconocieron haberlas cumplido. Siendo el obstáculo más frecuentemente mencionado el de las asignaciones de horas en el consultorio (33,3%), falta de tiempo (19,4%) y problemas con el profesional y/o tratamiento (16,7%).

Según la evaluación basal, 115 mujeres presentaron un EPDS positivo. A un 57,4% de ellas se les aplicó el tamizaje. De éstas, un 66,7% indica que le comunicaron los resultados y un 56,1% señala que le dieron alguna indicación. Un 56,8% de las indicaciones correspondieron a derivaciones a psicólogo(a) y un 29,7% al equipo de salud mental.

Al aplicarse el instrumento MINI se observó que el 20,7% cumplen con el diagnóstico de episodio depresivo según los criterios del DSMN-IV.

La tasa más alta se obtuvo en centro de salud ubicado en la comuna de Peñalolén (25%) y la más baja en la comuna de Santiago (16%), diferencias estadísticamente no significativas.

Factores específicos asociados con DPP

Se identificaron algunas variables sociodemográficas como factores independientes asociados a la presencia de DPP, estas fueron la condición de separada/anulada/divorciada (RD 3,7; IC 95% 1,2-11,1), el hecho de vivir sola con hijos (RD 5,3; IC 95% 1,3-22,0) o vivir con otras personas (RD 5,2; IC 95% 1,1-25,3). Otro factor independiente asociado fue el diagnóstico previo de depresión (RD 3,0; IC 95% 1,9-4,9).

Cuando estos factores interaccionan entre sí, se observó que el riesgo de presencia de DPP fue tener diagnóstico previo de depresión (RD 2,8; IC 95% 1,7-4,8) y el vivir sola con los hijos (RD 4,7; IC 95% 1,0-22,1).

Calidad de Vida de Mujeres con y sin DPP

La calidad de vida de las mujeres con DPP fue en todas las dimensiones significativamente más baja comparadas con las mujeres sin DPP.

Resultados Seguimiento de Mujeres con DPP

Se logró realizar el seguimiento a 56 mujeres, que corresponde al 88,9% del total de mujeres con depresión (N=63). En ellas se encontró que el 69,6% mantenía un EDPS positivo a los 3 meses, indicativo de probable DPP. Las mujeres en total tuvieron un puntaje promedio en el EPDS de 13 puntos (DE 7,5).

A un 48,2% de las mujeres del seguimiento se les realizó el tamizaje en su centro de salud. De éstas, a un 63% se les informó de los resultados obtenidos en el EPDS. El profesional que aplicó el tamizaje fue principalmente enfermero(a) (55,6%) y matró(a) (44,4%).

Sólo un 67,9% de los profesionales entregó algún tipo de indicación luego de la aplicación del EPDS. Las que correspondieron a derivaciones a un psicólogo(a) en un 47,4% y al equipo de salud mental en un 31,6%. El nivel de cumplimiento de las indicaciones fue de un 47,4%. Los principales obstáculos referidos para cumplir las indicaciones fueron la asignación de horas en el consultorio (46,2%) y problemas con el profesional y/o tratamiento (23,1%).

El 69,6% de las mujeres diagnosticadas con DPP, reconocen la necesidad de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico. De ellas, un 17,5% esperaba recibir ayuda y un 12,5% esperaba tener algún tipo de mejoría. El 30% de las mujeres esperan que producto del tratamiento cambiara su forma de afrontar o ver las cosas, y un 27,5% cree que debiese influir positivamente en su estado anímico. Cuando las usuarias son consultadas por los síntomas que debiesen mejorar, un 27,5% espera un cambio positivo en su estado de ánimo y un 17,5% cree que debiese modificarse la sensación de angustia.

Las preferencias de tratamiento manifestadas por las mujeres con DPP indican que el tratamiento debiera ser individual (53,6%), pero un alto número de mujeres rechaza la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico (51,8%) y un 66,1% rechaza el tratamiento farmacológico.

Las mujeres entrevistadas tenían un bajo nivel de uso de servicios (67,9% sin consultas médicas en los últimos 3 meses). A su vez, un porcentaje muy bajo de las pacientes usaron algún medicamento para tratar la depresión (7,1%). Y sólo la mitad de las que usaron medicamentos refieren haber seguido las indicaciones de la prescripción y en la misma frecuencia señalaron haber discontinuado el tratamiento farmacológico por más de una semana.

Las mujeres de la cohorte experimentaron una reducción de 4 puntos en el EPDS, lo cual indica que hubo un descenso en la sintomatología depresiva a los tres meses de seguimiento. No hubo mejoría en el factor índice corporal, pero si lo hubo en la escala de índice mental ambos evaluados por el SF-36.

No se encontraron diferencias significativas al evaluar el nivel de cumplimiento de las indicaciones posterior a la aplicación del EPDS y el uso de fármacos para el tratamiento de la depresión en las mujeres de la cohorte con y sin sospecha de DPP.

Conclusiones estudio cuantitativo

La aplicación de tamizaje en mujeres embarazadas para el diagnóstico de DPP fue sobre el 60%, habiendo diferencias entre los registros administrativos y de los datos aportados por las entrevistadas.

La tasa probable de DPP fue de 37,7% y la tasa de DPP fue de 20,7%. La DPP afecta de manera importante la calidad de vida de las mujeres.

Los factores de riesgo asociados a presencia de DPP fueron la condición de vivir sola con sus hijos y el tener antecedente previo de depresión.

Las mujeres a los 3 meses de seguimiento aún presentaban sintomatología depresiva sugerente de DPP. La frecuencia de tamizaje a los 3 meses fue de 51,8%.

Las mujeres reconocen que fueron informadas de sus resultados y que recibieron indicaciones de tratamiento, pero el nivel de cumplimiento de las mismas fue bajo, debido principalmente a razones relacionadas con los prestadores del servicio como la asignación de horas y problemas con el profesional o el tratamiento.

Aun cuando las mujeres reconocían el tener la necesidad de recibir tratamiento (psicológico y psiquiátrico) y que esperan recibir ayuda para mejorar su sintomatología ansiosa y depresiva a través de un cambio en la forma de enfrentar las cosas, existe una alta tasa de rechazo al tratamiento psicoterapéutico y farmacoterapia.

A pesar que las mujeres se mantienen con sintomatología depresiva a los 3 meses, el uso de servicios de salud del consultorio es bajo.

Resultados Estudio Cualitativo

Cuasi-etnográfico

Se identificaron tres tópicos recurrentes que dan cuenta de barreras en el acceso de servicios y detección de la DPP.

El primero de ellos tiene que ver con la revalorización del consultorio como un espacio relacional en que la sociabilidad establecida en la sala de espera excede a la situación de consulta, actuando como contexto en que son puestos en juego algunas creencias naturalizadas del ser madre.

Una segunda categoría fue el itinerario de las madres al interior del centro de salud, que da cuenta de los múltiples roles y exigencias que han de sobrellevar en su cotidianidad, y que compiten con el acceso a los servicios de salud.

Y el último tema trata de las tensiones entre las beneficiarias y los profesionales de la salud, que son comprensibles en el marco de la irregularidad en el uso de las prestaciones, producto de la competencia entre las exigencias que enfrentan las mujeres y de la escasa adecuación contextual de las indicaciones otorgadas por los proveedores de salud.

Conclusiones estudio cuasi-etnográfico

Se identificaron barreras para la detección de la DPP en un encuadre en que se instala la sospecha del cuadro, tales como la desvalorización o cuestionamiento de la adecuación de las madres a un rol naturalizado de maternidad, la excesiva carga de tareas cotidianas en las mujeres y los desencuentros en la relación profesional – madres. Estos componentes se ven fuertemente mediados por factores contextuales de carácter sociocultural que son producidos y escenificados al interior de los establecimientos.

Observar con esta mirada ampliada las acciones en salud permite problematizar la carga que significa para las usuarias la ejecución de múltiples roles y la interrogación de las presunciones de género que llevan a una desigual distribución de labores de cuidado de otros. Cuestionando hasta qué punto se ha integrado el trabajo femenino remunerado con las tareas de cuidado, y con la posibilidad de cuidar de sí misma.

Teoría fundamentada

Se identificaron siete categorías.

La primera de ellas hacía referencia a la comprensión que mujeres y profesionales de la salud tienen respecto de la DPP, dando cuenta de una etiología psicosocial en que la exposición a situaciones de vulnerabilidad cimentó el camino para el desarrollo del cuadro.

El segundo tópico se relaciona con el proceso de búsqueda de ayuda, que se vio obstaculizado por la dificultad de las mujeres para identificar su malestar como una enfermedad y por miedo al estigma en su círculo cercano por no cumplir con un ideal de maternidad, no obstante, esta necesidad pudo encontrar acogida ante la presencia de una relación de confianza con el profesional de la salud.

Una tercera categoría, que reafirma la anterior, tiene que ver con la comunicación clara del diagnóstico de DPP como posibilidad de intervención, crucial para despejar prejuicios negativos y aliviar a la madre.

Un cuarto elemento fue la ventaja potencial que tiene la realización del tamizaje por parte de enfermeras o matronas, ya que estas han establecido un vínculo con las ahora puérperas durante el embarazo, y, por otra parte, la posibilidad de vinculación con redes de derivación presentes para la confirmación diagnóstica y el tratamiento especializado, si fuese necesario.

La quinta categoría se refirió al tratamiento, el cual estuvo marcado por el reconocimiento y disposición de distintas formas de intervención (psicoterapia y farmacoterapia, principalmente).

Otro tópico emergente fue la constatación de tres barreras para adherir al tratamiento: a nivel de consultorio se identificaron la falta de un programa específico de detección, diagnóstico y tratamiento, el escaso tiempo para la atención y para garantizar la continuidad de la intervención, y dificultades para establecer un vínculo positivo y de confianza; relacionadas al tratamiento se encontraron el temor a efecto de los fármacos y la percepción de ineficacia del tratamiento psicoterapéutico; y vinculadas a las mujeres se constataron demandas excesivas en la vida cotidiana, que compiten con la asistencia al consultorio, y que son amplificadas por la exposición a situaciones de vulnerabilidad en el cotidiano.

Y por último, la séptima categoría caracterizó a la red de apoyo de estas mujeres con DPP, tratándose de figuras femeninas del núcleo familiar que pueden otorgar ayuda práctica, emocional e informacional.

Conclusiones estudio basado en la teoría fundamentada

Los resultados dan cuenta de cómo las puérperas padecieron la sintomatología depresiva, cómo asistieron al centro de salud y cómo fueron organizados los cuidados reproductivos ante la presencia de enfermedad mental.

Al respecto, se observó un conjunto de mujeres expuestas a situaciones de vulnerabilidad durante el período perinatal, caracterizadas por el escaso apoyo social, conflictos en las relaciones interpersonales (en particular con su pareja), embarazos no deseado, dificultades en el cuidado y salud de los hijos, e historias de vida marcadas por el abandono y padecimiento de episodios depresivos. Lo que llevó a madres y proveedores de salud a plantear una etiología psicosocial de la DPP.

En este sentido, la falta de un discurso social sobre la DPP dificultó la identificación del malestar como patología que requiere efectivamente la búsqueda de ayuda. Encontrándose estrechamente ligado a un ideal de maternidad que puede resultar punitivo para aquellas mujeres que experimentan sentimientos de desajustes con esta nueva función, volviéndose reacios a utilizar los servicios por miedo al estigma.

Resulta central la comunicación clara del diagnóstico de DPP durante el proceso de detección, ya que puede ser considerada como una intervención que alivia a las mujeres y que contribuye a su futura adherencia al tratamiento. En esta misma línea, el establecimiento de un vínculo positivo y la confianza en el personal de salud, sustentados por apoyo administrativo en la disposición de horas, pueden ser facilitadores para la adherencia a tratamiento.

Por otra parte, la percepción de ineficacia fue especialmente relevante en el caso de la psicoterapia, siendo necesario dotar de un sentido a la intervención y de resultados concretos.

Resultados de la Auditoría Administrativa

Aplicación de la pauta estandarizada

El nivel de cumplimiento de tamizaje a los 2 y 6 meses fue total.

Los establecimientos de salud, señalaron que a todas las mujeres se le informó de sus resultados, sin embargo, la comunicación de éste al equipo de salud fue inconsistente entre los consultorios. Los niveles de derivación para evaluación médica y psicológica fueron variables.

Existió un alto nivel de cumplimiento en la entrega de psicoeducación como prestación para las puérperas con EPDS alterado.

Los estándares de cumplimiento para el tratamiento de DPP en las mujeres fueron bajos para la cita de una segunda la evaluación con el EPDS.

Conclusiones de la aplicación de la pauta estandarizada

En la auditoría administrativa se pudo observar que existe un alto grado de cumplimiento en la aplicación del EPDS, lo que es indicativo de que el tamizaje en los establecimientos tiende a ser universal.

Sin embargo, se consignó que si bien se cumplía con informar a las mujeres de los resultados del tamizaje, no se observó esta consistencia en la comunicación al equipo de salud.

Algunos centros reportaron el empleo de estrategias no contempladas en los estándares, lo que hace suponer que no existe un protocolo establecido que sea conocido por el equipo de salud.

Ante una sospecha de DPP, el recurso más utilizado fue la derivación a entrevista psicológica para hacer la confirmación.

Los datos sugieren que barreras importantes para el manejo de las mujeres con DPP que asisten a los centros de salud fueron la falta de manejo coordinado entre los profesionales de salud, la carencia de procedimientos compartidos y específicos, así como la re-evaluación sistemática de las mujeres con sospecha de DPP.

Revisión de Fichas Clínicas

Según la información aportada por los registros, la tasa de acceso a tratamiento de las mujeres con diagnóstico de DPP fue de un 22,4%, con un rango variable entre 37,5% y 9,1%.

En el 38,5% de los registros se observó que las mujeres en tratamiento asistían entre una y dos sesiones, y un bajo número de mujeres asistía a 4 sesiones.

Al examinar el registro de las fichas clínicas sobre antecedentes previos de depresión, se observó que el 24,1% de las mujeres habían recibido alguna vez tratamiento previo por depresión en el último parto, con un rango de dispersión de 7,7 y 50% entre los centros. Cerca del 60% de las mujeres que tenían antecedentes previos de tratamiento de depresión y que, al momento de la evaluación, tenían DPP no se encontraban en tratamiento y el 81,8% de las mujeres sin antecedentes previos de depresión y que, según la evaluación basal, fueron diagnosticadas con DPP no estaban en tratamiento.

El equipo de salud, compuesto por un psicólogo y un médico, atendió a cerca del 46% de las mujeres con diagnóstico de DPP.

El tratamiento más común que recibieron las mujeres con DPP fue psicoterapia más fármacos en el 46,2% y un 38,5%, sólo psicoterapia. De los fármacos usados en el tratamiento, el más habitual fue Sertralina (50%).

Conclusiones revisión de fichas clínicas

De la revisión de fichas, se constató que cerca del 25% de las mujeres tenían registro de tratamiento por episodios depresivos antes del parto y un poco más del 20% de las mujeres con DPP recibían tratamiento. Estas usuarias asistieron entre una o dos sesiones de tratamientos, que habitualmente consistía en psicoterapia y medicamentos.

Algunos registros, en forma anecdótica, parecían evidenciar la presencia de ciertas barreras en la confirmación diagnóstica de la DPP, ya que el cuadro pasó desapercibido, en ocasiones, para el equipo de salud.

Con la información registrada en las fichas de atención, no fue posible determinar un nivel de adherencia al tratamiento indicado, debido a que los registros se encontraban incompletos o no actualizados.

Otras limitantes fueron el difícil acceso a las fichas, ya sea por su formato o porque estas no fueron facilitadas (caso en que se consultó directamente a las usuarias).

DISCUSIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN RECOPIADA

Este es el primer estudio que describe y analiza las barreras de acceso a tratamiento de la DPP a nivel nacional, centrándose específicamente a nivel de la atención primaria en salud.

Como en otros estudios chilenos referidos a la DPP, se debe destacar la completa disposición a colaborar que tuvieron tanto los centros de atención primaria invitados a participar en éste estudio, como las madres a las que se les ofreció ser incluidas en el mismo. Esto se compara favorablemente con lo reportado en estudios extranjeros, los cuales comunican niveles de participación de los centros de salud o de las pacientes estudiadas considerablemente más bajos.

Según los datos del MINSAL, en los consultorios la tasa promedio de aplicación del EPDS en el segundo mes posparto (89.1%) es alta, equivalente a la descrita en un estudio nacional (88%). Estos mismos datos revelan una prevalencia promedio de DPP, según el EPDS, de 24,1%, similar a la reportada por Castañón y Pinto en un CESFAM de la comuna de La Pintana (26,4%). Si bien se observa una importante dispersión en la prevalencia de DPP según consultorio, la cifra más alta (49,1%) es muy cercana a la encontrada en dos estudios nacionales anteriores.

En lo que concierne a la muestra estudiada, los factores sociodemográficos y perinatales son, en general, similares a los referidos por otros estudios nacionales.

El hallazgo de que un 37,7% de la muestra obtiene puntajes sugerentes de DPP es coincidente con la cifra de 36,7%, estimación de prevalencia de DPP que algunos autores han considerado la más representativa en Chile para población general, cuando se utilizan instrumentos de tamizaje. Difiere, sin embargo, de la cifra de 14% de madres con probable DPP que se encontró recientemente en EEUU, en el estudio de tamizaje con el EPDS que incluyó a la población más numerosa evaluada hasta ahora (10.000 puérperas). La diferencia pudiese ser explicada porque la prevalencia de DPP es mayor (hasta tres veces más alta) en los países emergentes que en los países desarrollados.

Si bien el 88.9% de las madres contestó negativamente la pregunta “Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño”, cabe señalar que alrededor del 11% reconoció haber tenido ideas de esa naturaleza en la semana previa a la evaluación. Este porcentaje es mucho más alto que el reportado previamente en países desarrollados (5,5% en el Reino Unido; 0,5% a 3,7% en Canadá, 5,3% en EEUU; y 2,7% en Italia pero comparable a las cifras (9% y 8,5%) halladas en poblaciones con deprivación socioeconómica, de esos mismos países. Naturalmente, se trata de un resultado que debiera ser motivo de preocupación a nivel nacional. Aunque se ha descrito que las tasas de suicidio consumado en las puérperas son menores que en la población general, estudios en países desarrollados muestran que se trata de la segunda causa de muerte materna en este grupo de edad.

Pese a que, según las pacientes, en la mayoría de ellas (64,9%) se realizó el tamizaje menos de un tercio (27,8%) recibió algún tipo de indicación al respecto por parte del enfermero(a), o matró(a). Esta decisión de los profesionales puede sugerir la presencia de una barrera en la continuidad del flujo de provisión de servicios, clausurando la posibilidad de acceso a tratamiento por esta vía. Sólo el 29,1% de las mujeres que recibieron indicaciones posteriores a la aplicación del EPDS, reconocen haberlas cumplido, lo que apunta a un problema más complejo, en donde las propias madres podrían experimentar barreras que obstaculizan la continuidad en el uso de servicios.

A la mayoría de las mujeres que obtuvieron puntajes sugerentes de DPP en la evaluación basal, se les aplicó la encuesta de tamizaje en su centro de salud (57,4%) y más de la mitad de éstas recibieron algún tipo de indicación al respecto (56,1%). Esto confirma la existencia de una brecha importante en la atención, ya que hay un número no menor de usuarias que no son evaluadas o que siendo objeto de una sospecha de DPP, no reciben indicaciones a posteriori. No obstante esta barrera, aproximadamente el 90% de las indicaciones cursadas corresponden a derivaciones a prestaciones de salud mental (56,8% de las indicaciones son referencias a psicólogo, 29,7% al equipo de salud mental y 2,7% a COSAM).

La aplicación del MINI reveló que un 20,7% de las mujeres cumplían con criterios DSM-IV y CIE-10 para Depresión. La cifra es similar a la encontrada por autores nacionales (20,5%), en mujeres del área sur de Santiago.

Cuando se analizan las respuestas a las preguntas específicas del MINI, llama la atención la alta frecuencia con que las madres responden que casi todos los días se sienten la mayor parte del tiempo fatigadas o sin energía (66,1%) o con dificultad para concentrarse o tomar decisiones (60,2%). Si bien muchas de estas pacientes probablemente no alcancen el nivel umbral para ser diagnosticadas como portadoras de patología, este hallazgo sugiere la necesidad de que todas las puérperas, debiesen recibir a lo menos algún tipo de psicoeducación. Si dos tercios de ellas se sienten, casi todos los días, la mayor parte del tiempo, fatigadas, sin energía y con dificultades para concentrarse, se hace evidente que hay un problema no atribuible al estado psíquico posparto de algunas de ellas, o a una fragilidad individual, sino que trasciende las características personales y probablemente se relaciona con las exigencias asociada a la maternidad, impuestas en la actualidad por la sociedad, al menos en el grupo de mujeres consultantes en la atención primaria.

En lo sustancial no se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres con y sin DPP. Solo se evidencia que las mujeres portadoras de DPP planifican menos frecuentemente su embarazo. Este hallazgo es coincidente con resultados encontrados en un estudio anterior, llevado a cabo por parte del grupo investigador, que mostró que la mayoría de las mujeres con DPP (62,5%) no habían planificado su embarazo.

Al constatar que el 95,2% de las madres con episodios depresivos mayores, de acuerdo al MINI, fueron identificadas por el EPDS como probables casos y que sólo en el 4,8% de los casos eso no ocurrió, muestra la alta sensibilidad de detección del instrumento. Investigadores chilenos han encontrado que la tasa de detección espontánea de la DPP alcanza a apenas el 4,6% y que se incrementa a un 26,4% cuando se utiliza el EPDS en un grupo comparable de mujeres. Si consideramos, además, que la tasa de aceptación de el EPDS en las mujeres chilenas es de un 100%, se hace evidente que se trata de un instrumento psicométrico de gran utilidad. Sin embargo, con el objeto de disminuir los falsos positivos, se ha sugerido no aplicar la escala antes de las 8 semanas, de manera de asegurar que han disminuido los síntomas propios de un período adaptativo postparto.

Como en numerosos otros estudios, nacionales y extranjeros, se observó que las mujeres con el antecedente de diagnóstico previo de depresión presentan un riesgo incrementado (en este estudio tres veces mayor) de desarrollar una DPP, en comparación a las mujeres sin este antecedente. En vista de que este dato es uno de los mejores predictores de DPP, ello subraya la necesidad de indagar sistemáticamente acerca de este antecedente en los controles prenatales de las gestantes, con el objeto de evaluar la conveniencia de instaurar tratamientos preventivos en las mujeres con mayor riesgo. Además se debe considerar que todos los índices de calidad de vida de las mujeres con DPP son más bajos que los de sus contrapartes.

Un número alto de mujeres con DPP (88,9%) pudieron ser seguidas tres meses después de hacer el diagnóstico, mostrando casi el 70% de ellas persistencia de sintomatología depresiva según el EPDS. A menos de la mitad (48,2%) de las usuarias se les aplicó la encuesta de tamizaje en su consultorio, a diferencia de lo informado en los datos del MINSAL, que indican una cobertura promedio (aplicación del EPDS) de 89,1% a los dos meses.

Sólo el 67,9% de los profesionales que aplicaron la escala de tamizaje, según lo declarado por las entrevistadas, entregaron algún tipo de indicación posterior a la administración del instrumento. Este hecho insinúa la existencia de una brecha, en términos de información que se debe entregar a las pacientes, que se debe procurar disminuir.

Más de la mitad de las mujeres señaló no cumplir las indicaciones, independiente de si tenían depresión o no, situación que resulta preocupante. El 70% de los casos que no siguen las indicaciones de los profesionales, está relacionado con el sistema (problemas con la asignación de horas y problemas con el profesional/tratamiento) y no con las usuarias.

Aunque la muestra es pequeña (13 pacientes) llama la atención que si bien casi el 70% de las mujeres deprimidas reconoce la necesidad de tratamiento psiquiátrico o psicológico, sólo un tercio muestra preferencia por usar fármacos y poco menos de la mitad por la psicoterapia. De aquellas con indicación de antidepresivos (7,1%), sólo la mitad siguieron las indicaciones según fueron prescritas. Lo que podría indicar cierta desinformación acerca de los tratamientos disponibles y del subtratamiento en estas mujeres. Esto coincide

con lo comunicado por autores extranjeros quienes encontraron que en el período perinatal, incluso en mujeres diagnosticadas con patología psiquiátrica, a menudo las pacientes no se tratan o los tratamientos son incompletos.

Si bien los datos cuantitativos señalan la presencia de barreras en los prestadores de salud, siendo necesario mejorar el proceso de tamizaje de la DPP y la derivación a tratamiento de las mujeres deprimidas, también se confirman obstáculos en las beneficiarias para consultar y adherir a tratamiento, por ello es necesario acceder a la vivencia de las mujeres y a la percepción que éstas y profesionales de la salud pueden tener respecto de barreras involucradas en la detección y acceso a tratamiento del cuadro.

Los resultados de nuestros estudios cualitativos sugieren que al revalorizar el establecimiento de salud como un lugar poblado por la cotidianidad de sus usuarios, se evidencian elementos que exceden a la situación específica de consulta, pero que pueden afectar igualmente a las puérperas en control. Se trata de factores de carácter sociocultural que podrían verse involucrados en el acceso a los servicios de salud y que son puestos en juego en la sala de espera por usuarios, funcionarios y profesionales de la salud.

Otorgar una mirada polifacética al padecimiento de la sintomatología depresiva en puérperas que se atienden en centros de atención primaria en Chile, puede ayudar a distinguir elementos implicados en el desarrollo de la DPP y las barreras que experimentan las entrevistadas para reconocer la necesidad de ayuda, buscarla y recibirla, que para el caso de las usuarias estudiadas parecen estar asentados en una perspectiva relacional que se imbrica con elementos socioculturales y psicosociales.

Fenómeno similar al hallado en estudios en países desarrollados, que abordan la búsqueda de ayuda en mujeres deprimidas en el posparto pertenecientes a grupos vulnerables (minorías étnicas y de escaso nivel socioeconómico), sugiriendo que dicho proceso no obedecería a una decisión individual ni racional, sino que estaría mediada por elementos socioculturales que actúan como un contexto en que la información es digerida y las acciones negociadas, lugar en que los sujetos buscan y reciben confirmación de sus sentimientos o síntomas, propiciando o desincentivando el uso de los servicios de salud.

Según un estudio australiano en usuarias de programas comunitarios para el tratamiento de la DPP, uno de esos componentes culturales sería una construcción idealizada de la maternidad, que desde el sentido común es identificado como un evento natural ejecutado sin dificultades. En reciprocidad con este hallazgo, nuestro estudio cuasi-etnográfico identifica pre-concepciones del 'ser madre' que son actuadas por usuarios y funcionarios en la sala de espera al dirigirse a las puérperas, luego de observar las conductas y cuidados del binomio madre-hijo, intervenciones 'ansiógenas' que quizá coarten la expresión de afectos negativos o la validación de sentimientos de desajuste con la maternidad por temor a no cumplir satisfactoriamente con el rol materno.

Esta definición de la mujer como madre, rol prescrito estrechamente ligado a su función reproductiva, junto al papel central de ésta en la salud familiar y materno-infantil en Chile, dan cuenta de una construcción patriarcal de la feminidad y la maternidad, relevando el género como un factor determinante en la búsqueda de ayuda, inequidad que se solapa a otras formas de diferencia social, siendo concordante con los hallazgos de nuestros estudios y viéndose reflejado en el itinerario efectuado por las puérperas al interior del recinto de salud, advirtiéndose de la conjugación de múltiples exigencias que éstas han de enfrentar en su cotidianidad, tales como el balance entre el trabajo doméstico, la crianza y el cuidado de niños, y las labores remuneradas afuera del hogar. Barreras para el uso de servicios de salud mental que han sido descritas en literatura internacional cuya población en estudio correspondía a mujeres con DPP pertenecientes a bajo nivel socioeconómico y/o minorías étnicas, tendencia también observada en países en vías de desarrollo, en donde la necesidad de la participación en la fuerza de trabajo supone un estrés adicional para la mujer.

Esta sobrecarga puede desalentar el cuidado de la propia salud, ya sea por priorizar la salud del infante, como por verse impedidas de asistir a los controles materno-infantiles a causa del trabajo. A semejantes conclusiones arribaron dos ensayos clínicos controlados para el tratamiento de la DPP, uno realizado en EEUU evidenció marcadas complicaciones durante el seguimiento una vez que las madres se reintegraban a trabajar, y el único estudio de este tipo hecho en Chile sugiere que la carga de las tareas cotidianas habría sido decisiva para explicar el deterioro clínico entre el tercer y sexto mes en el grupo experimental.

Constatamos que los factores mencionados (naturalización e idealización del rol materno, y ejecución de múltiples roles) podrían coludirse para propiciar el desencuentro entre prestadores y beneficiarias, aumentando la brecha al percibir los primeros actitudes poco facilitadoras e irregulares en el uso de servicio, y al reportar, su contraparte, una escasa adecuación de las indicaciones entregadas y poca confianza en el personal. Estas tensiones han sido examinadas por autores británicos al indagar en las percepciones que tienen mujeres con DPP respecto de la labor profesional en la detección y manejo del cuadro, cuyos resultados sugieren que las madres son reacias a la comunicación de problemas emocionales al percibir que la prestación no tomaba en cuenta sus necesidades, ya que guardaba un marcado énfasis en la salud infantil y sin disponer de tiempo suficiente para escuchar la vivencia de la mujer. Estos antecedentes han de ser tomados en cuenta, ya que la detección de la DPP en Chile es llevada a cabo en el contexto de los controles del niño sano.

Por lo demás, es necesario señalar que en Chile la APS es el principal recurso de cuidados de la salud para los pobres, y que la literatura chilena en DPP señala una plétora de factores de riesgo psicosocial asociados con bajo estrato socioeconómico, tales como un mayor estrés debido a la pobreza, escaso apoyo social, mayores conflictos maritales y relaciones inestables, elementos que podrían llevar a percibir el embarazo como un evento negativo en la vida. Esto refleja a las puérperas de la muestra, quienes refieren la falta de apoyo

familiar y de la pareja como cardinales en la etiología del padecimiento, graficados en situaciones que van desde la percepción de rechazo hacia el embarazo, pasando por episodios de violencia y malos tratos, hasta concluir en el posparto con una escasa validación de la sintomatología depresiva.

En este sentido, llama la atención la semejanza con las conclusiones a las que llegaron autores canadienses en un estudio en mujeres inmigrantes con patología anímica en el posparto, en que el cuadro se tiende a describir en el contexto de factores externos y dificultades interpersonales vividas durante el período perinatal, manifestando la importancia que el apoyo social, práctico y emocional, en particular de la familia y la pareja, tiene como contribuyente al desarrollo de la DPP.

Esta percepción de la problemática da razón a diversas investigaciones que destacan la elaboración de un modelo social explicativo de la DPP, en que los sentimientos han de reconstruirse en síntomas que requieren atención y validación externa. Por lo tanto, al chocar con un entorno familiar en que se desconoce dicho padecimiento, obstaculizándose y desincentivado el acceso a los servicios de salud, se oculta la DPP al interior del círculo familiar, pudiendo ser este un factor que, en parte, explique la recurrencia y cronicidad del cuadro en estas mujeres.

Parte de este modelo emergente del sentido común establece que la DPP es una reacción social ante un cambio vital, en que se percibe una realidad que no satisface las expectativas de la nueva madre, por lo que identificar el malestar psíquico como algo patológico puede ser una labor compleja al carecer de un discurso social sobre la enfermedad mental, tal como lo reportaron las entrevistadas en el estudio basado en la teoría fundamentada al mencionar una dificultad para dar cuenta de la patología anímica, aparejada y solapada junto a otras barreras para conceptualizarla como 'tratable' en la APS, como un entorno reluctantante a reconocer la necesidad de ayuda y la expectativa que el cuadro remitiera sin intervención.

Finalmente, estos obstáculos para la búsqueda de ayuda se revisten de un importante componente ya mencionado –la construcción de un ideal de maternidad-, pero que, según las mujeres en nuestro estudio, da cuenta del cariz punitivo que esta expectativa puede albergar, ya que al ser contrastada con la realidad del ser madre pueden emerger sentimientos de miedo al rechazo, temor al estigma e impresión de haber fallado en su rol materno.

PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN

Para la elaboración de la propuesta de modelo de intervención con base en Atención Primaria en Salud para mejorar el acceso y la calidad de los servicios, se realizaron talleres en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, donde se presentaron y discutieron los resultados obtenidos para explorar posibles soluciones al problema. Además, se discutieron los resultados con personajes claves del mundo académico en eventos internacionales a los cuales acudieron algunos de los investigadores durante el desarrollo de este estudio. Entre los eventos internacionales destacamos el 5º Congreso Mundial de Salud de la Mujer, y dos Encuentros de Salud Mental Global realizados en la Universidad de Columbia y en el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos.

En primer lugar, se debe resaltar que estar próximos a alcanzar tamizaje universal y tener posibilidad de acceso universal al tratamiento son logros que merecen ser destacados y mantenidos, todas vez que se trata de avances importante cuando se compara a nivel mundial. Sin embargo, deben existir mejoras en el procedimiento y facilitar el acceso a tratamiento de las mujeres con DPP, de modo de mejorar sus parámetros clínicos y calidad de vida.

¿Cómo se puede avanzar en ese sentido?

Tal como lo señalamos en las conclusiones de la revisión bibliográfica, los programas de tamizaje exitosos integran la detección en una práctica clínica, capacitan al personal, educan a las usuarias, entregan apoyo para el diagnóstico y el manejo de los casos, lo que implica la introducción de cambios importantes en las conductas del personal de salud y en el funcionamiento de las instituciones de salud.

Respecto al tamizaje: éste se está llevando a cabo, alcanzando una cobertura importante, pero falta ajustar los procedimientos. Se requiere de la confección y aplicación de un protocolo que debe incluir la información que se le entrega a la usuaria antes y después del tamizaje. Este procedimiento debiese ir acompañado de entrenamiento del personal. Sugerimos que las mujeres con tamizaje positivo sean entrevistadas en el plazo de una semana para llevar a cabo el proceso diagnóstico y para motivarlas a iniciar un tratamiento, en caso de que efectivamente presenten una DPP.

¿Qué se puede hacer mejor en las mujeres con EPDS positivo?

Entre el tamizaje y el acceso a tratamiento por DPP hay barreras que deben ser abordadas. El camino entre el tamizaje, la entrevista y el acceso a tratamiento debiera ser automatizado. Si una mujer presenta EPDS positivo, inmediatamente debiera realizarse una entrevista diagnóstica, lo más estandarizada posible, para confirmar la sospecha. El método utilizado debiera incluir aspectos de las entrevistas motivacionales. Este diagnóstico debe ser multiaxial e incluir la determinación de los problemas psicosociales de la usuaria.

Hay que resaltar que este estudio muestra que el EPDS tiene un muy buen valor predictivo negativo (98,4%), pero un regular valor predictivo positivo

(52,2%). Esto implica que cerca de la mitad de los casos el EPDS resulta ser un falso positivo, por lo que una sugerencia sería tener a lo menos una entrevista con las usuarias a quienes se les aplica el tamizaje, dado las implicancias clínicas y éticas, derivadas del sobre-diagnóstico de casos.

Debiera mejorarse la comunicación entre el Programa de Control del Niño Sano, el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, y el Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, estableciéndose nexos permanentes entre ellos en varios puntos.

Como medida general, se debe tener presente que se desaconseja que una mujer que haya tenido una DPP se embarace muy pronto, después del episodio. A su vez, las mujeres que han estado en tratamiento por depresión y se embarazan debieran ser monitorizadas en forma estricta por el riesgo de sufrir una DPP. En la evaluación de las gestantes, se debe considerar en forma prioritaria el antecedente de depresiones previas. En caso que hayan tenido más de un episodio depresivo, se debe iniciar un tratamiento preventivo en el posparto inmediato. Por otro lado, las mujeres que presentan EPDS positivo debieran estar identificadas por el equipo del Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, para que este hecho sea abordado en las visitas domiciliarias, tal como éste lo estipula. Sin embargo, según las fuentes de información de este estudio –las fichas clínicas y las declaraciones de las mujeres- no es posible concluir que esto se cumpla.

Los resultados del EPDS debieran estar en conocimiento del equipo a cargo del cuidado del niño sano, para que apoye en el proceso diagnóstico y de tratamiento de la madre.

¿Qué tratamiento debiera ser ofrecido a las mujeres con DPP?

Las mujeres con DPP debieran acceder a un tratamiento específico, escalonado, con un primer *componente psicoeducativo* que explique las características de la DPP, las opciones de tratamiento y que tenga un enfoque comunitario, fortaleciendo las redes de apoyo social. La psicoeducación puede ser individual, en pareja o grupal y puede tener distintas formas; puede ser presencial o no presencial, puede incorporar modelos de educación interactiva vía web, puede realizarse a través de folletos, carteles, etc. Este componente puede estar a cargo de cualquier profesional de la salud entrenado. Otra alternativa puede ser el fomento de la creación de grupo de pares, entrenados para tales efectos. Un segundo componente es la *intervención psicoterapéutica* enfocada a la resolución de problemas psicosociales a cargo de psicólogo entrenado en estas técnicas; y un tercer componente es la *farmacoterapia estructurada* que puede ser indicada por médicos generales. Un elemento que debiera estar presente en todo momento es la *monitorización del caso* para facilitar los trámites administrativos y para reforzar la adherencia al tratamiento. Esta monitorización puede ser telefónica y estar a cargo de personal entrenado. Otras formas pueden ser recordatorios a través de mensajerías de texto dada la alta penetración que tiene la telefonía móvil en nuestro país. Además, es necesario, implementar *sistemas de rescate* con visitas domiciliarias para las mujeres que interrumpan sus tratamientos. Este

procedimiento puede ser llevado a cabo por funcionarios del consultorio, por voluntarios de salud o por pares.

La oferta de tratamiento debe considerar que las mujeres con DPP en porcentaje importante trabajan y que el centro de salud debe ofrecer cuidado de los hijos mientras las mujeres están en el consultorio.

Todo el proceso, desde el tamizaje hasta el tratamiento, debiera contar con personal entrenado y con procedimientos estandarizados. En definitiva, se requiere organizar un *Programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la DPP* que coloque a la mujer en el centro de éste, que incluya las recomendaciones de la Guía Clínica del MINSAL para el Tratamiento de Personas con Depresión, del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, y del Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años, organizándolas en un conjunto de procedimientos. Se trata de generar una red integral en torno al programa con equipos identificados con él que se puedan reunir periódicamente para intercambiar experiencias de mejoría de la calidad de la atención.

Este programa debe ser evaluado periódicamente para medir su grado de cumplimiento, las barreras de implementación, y el efecto que tiene en las usuarias. Debe ser apoyado en su ejecución por un programa de entrenamiento del equipo de salud en competencias acordes con las exigencias del programa. El entrenamiento debe ser local, ir acompañado de ejercicios para detectar las barreras de implementación y debe mantenerse en el tiempo con un programa de supervisión que tiene como objetivo acompañar al equipo y resolver casos complejos. La supervisión puede ser similar a la implementada en salud mental y que se conoce con el nombre de consultoría psiquiátrica, la que se puede realizar en línea cuando las distancias sean importantes o no existan especialistas disponibles. Si se implementa un programa específico para DPP, éste debe ser evaluado una vez que se haya puesto en marcha en forma similar a como se hizo con el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. Esta evaluación permitiría medir la efectividad del programa, la relación costo-efectividad e identificar las barreras que aún persistan.

Si bien la revisión bibliográfica llevada a cabo señala que existe una controversia acerca de la efectividad de los programas de tamizaje para la detección de la DPP, el grupo de expertos considera que, dada su elevada frecuencia y riesgos para la salud mental de la madre y el niño, es preferible mantener el sistema de tamizaje, mejorando la precisión diagnóstica, la derivación y motivación a tratamiento y la adherencia posterior a éste.