



(DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO)

LINA MARÍA PEREA OSORIO

INVESTIGACIÓN PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DISEÑADORA INDUSTRIAL

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

FACULTAD DE ARTES Y DISEÑO

PROGRAMA DE DISEÑO INDUSTRIAL

INVESTIGACIÓN PROYECTO DE GRADO

PRÁCTICAS Y PASANTIAS EMPRESARIALES

BOGOTÁ D.C

2020



(DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO)

INVESTIGACIÓN PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DISEÑADORA INDUSTRIAL

ASESORES DEL TRABAJO

Mg D.I. RENATO DE FRANCISCO AMAYA PRECIADO

Mg D.I. JAIRO ALBERTO LADINO GALINDO

MBA. D.I. JEAN RENE RIVEROS RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO
ESCUELA DE DISEÑO DE PRODUCTO
PROGRAMA DE DISEÑO INDUSTRIAL
PRÁCTICAS Y PASANTIAS EMPRESARIALES
BOGOTÁ D.C

2020

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
PROBLEMÁTICA	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	8
- Objetivo general:.....	8
- Objetivos específicos:	8
D.O.D	9
ESQUEMA DE PROCESOS	10
MARCO TEÓRICO	13
Qué es la DPP.....	13
Causas y consecuencias:	14
Cuáles son sus síntomas:	17
La DPP se puede prevenir:	19
La DPP difiere de las demás:	21
Qué exámenes se realizan actualmente:	22
Casos documentados en Colombia:	26
ESTADO DEL ARTE	28
Monitorización de pacientes con pulseras inteligentes	28
Aplicaciones móviles para la monitorización de pacientes con cáncer	29

MARCO METODOLÓGICO	30
Encuestas realizadas.....	30
Comentarios en las encuestas:.....	32
Conclusiones de las encuestas:.....	33
Entrevistas realizadas.....	33
Conclusiones de las entrevistas:.....	33
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

El embarazo se considera una de las etapas más felices y bonitas por las que pasa una mujer durante su vida, pero no todo es tan maravilloso como no lo dejan ver, la realidad es que más del 20% de las mujeres presentan síntomas de depresión después del embarazo, en términos clínicos, depresión posparto, esta es la enfermedad mental que más se desarrolla y aunque existen algunos métodos para detectarla, se cree que esta infra diagnosticada. La presión social de ser buena madre, de estar a la expectativa de ese nuevo integrante y poder cumplir con el rol de criarlo de la mejor forma, generan niveles de presión demasiado altos en las mujeres, muchas veces estas no sienten la confianza de expresarse de manera abierta y sincera sobre los sentimientos que realmente tienen, encuestas realizadas en el proyecto arrojan que los sentimientos que lideran la etapa del embarazo en las madres son la expectativa, felicidad, confusión, temor, frustración y culpa. Además de esto, las encuestas también arrojaron que no se tiene en cuenta la salud mental de la madre durante el embarazo, y esto no es un problema únicamente de la salud colombiana, sino de la salud mundial. Se cree que la depresión posparto se desarrolla desde el estado de gestación, es decir que si se detecta a tiempo los síntomas podría evitarse en el periodo posparto, pero a pesar de ello, los exámenes que se realizan actualmente se implementan en los primeros controles pediátricos del bebé, lo que significa que la detectan cuando la madre ya padece de ella y se podría encontrar en niveles avanzados. La depresión posparto es causal de una gran cantidad de problemas, entre estos de divorcios, filicidios, y genera consecuencias graves y permanentes en el desarrollo cognitivo y social del niño.

En Colombia el panorama no es muy diferente, los pocos estudios que hay muestran cifras alarmantes en los casos de DPP independientemente de la edad o el nivel socioeconómico, sin embargo haciendo el estudio de campo con base en un contraste entre el proceso de gestación que se lleva con atención medica privada y con EPS, se encontró que el mayor vacío está en las EPS ya que por factores como el cambio constante de médicos, el poco tiempo durante los controles, la falta de confianza y empatía del profesional a la madre, se complica el diagnóstico y el tratamiento de las madres en temas de salud mental.

PROBLEMÁTICA

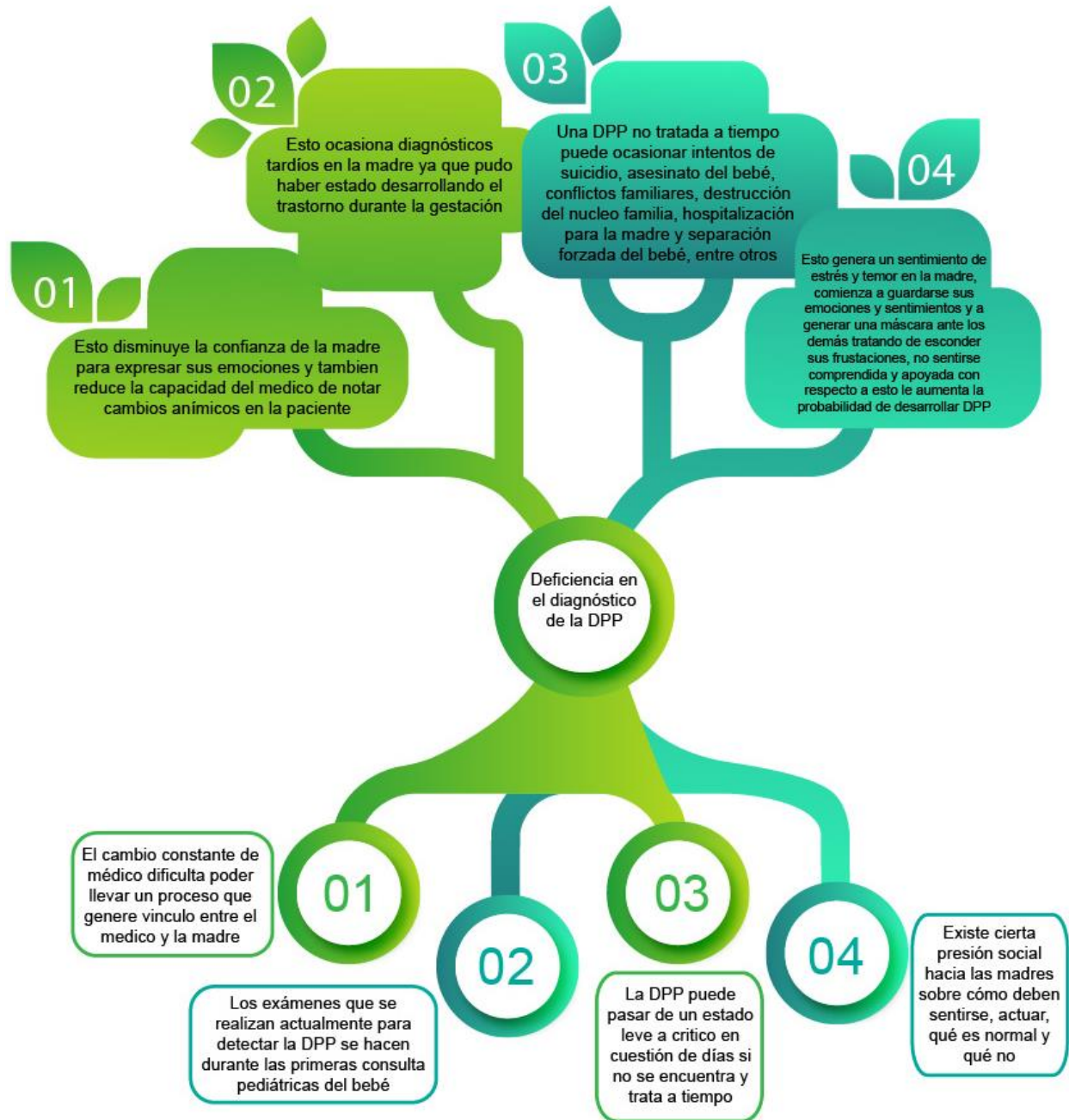


Figura 1 Autoría propia

JUSTIFICACIÓN

Las madres de escasos recursos o usuarias de EPS y sistemas de salud pública no cuentan con la posibilidad de tomar una terapia externa, cursos prenatales, comunidades de madres donde desarrollan ejercicios como yoga, etc., cuentan y dependen exclusivamente del sistema de salud para que las apoye en este proceso y es necesario generar un apoyo al sistema para que puedan dar soluciones reales a los problemas mentales de las madres.

OBJETIVOS

- Objetivo general:

Diseñar un sistema que apoye el diagnóstico oportuno y la prevención de la depresión posparto en las madres usuarias de EPS en Colombia.

- Objetivos específicos:

1. Determinar un acompañamiento para la madre que permita al médico obtener información oportuna para generar un diagnóstico
2. Diseñar un sistema de productos que refuerce la relación entre la madre y el médico de manera pertinente con los tiempos del desarrollo de la enfermedad
3. Desarrollar un proceso de intervención para el diagnóstico oportuno de la depresión en el embarazo, mediante la recopilación y sistematización de datos

D.O.D

D.O.D es un sistema que busca apoyar el diagnóstico oportuno de la depresión posparto, consta de 3 productos, una manilla que ayuda a captar y cuantificar el estado físico de la madre (ritmo cardiaco, insomnio, hipersonmia, niveles de oxígeno, entre otras), también cuenta con un mecanismo de estimulación por medio de luz y vibración. El segundo producto es una aplicación la cual ayuda a medir y cuantificar el estado anímico de la madre (aplicando test y otras herramientas existentes creadas por profesionales) y además recopila la información de la manilla, y por último, el tercer producto es un programa para el médico el cual se instala en los computadores de los consultorios de la sala de maternidad de las EPS con el fin de que se pueda tener la información completa que proporciona la aplicación y la manilla en un solo sistema y a partir de esta base de datos pueda generar diagnósticos en tiempo real a la primera alerta de presencia de síntomas en las madres.

ESQUEMA DE PROCESOS

Los procesos de las interacciones a mediar por el sistema D.O.D tienen 3 etapas Vinculación, Detección e Intervención.

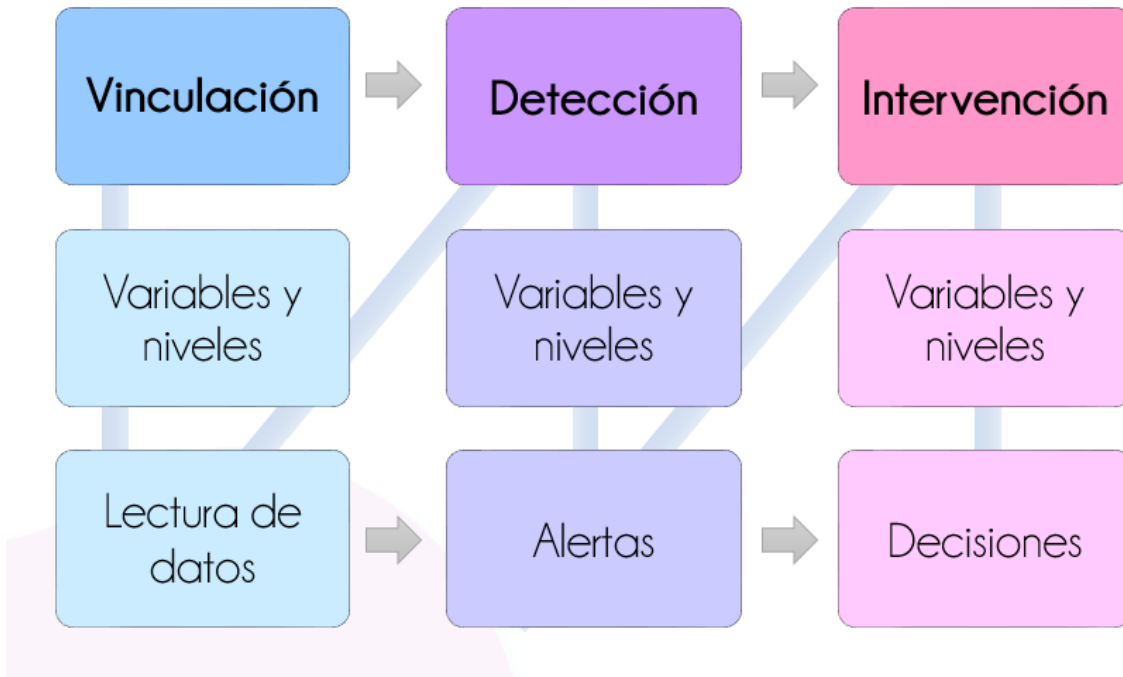


Figura 2 Autoría Propia

La primera etapa es la vinculación, donde se dan las herramientas necesarias al médico para que pueda determinar las acciones a seguir con cada paciente, en esta etapa se entienden las variables que se miden durante el funcionamiento del sistema y como estas ayudan a determinar los niveles en los que se puede encontrar la madre según sus síntomas teniendo en cuenta un porcentaje de ellas que presente la madre en cualquier momento del proceso con D.O.D



Figura 3 Autoría propia

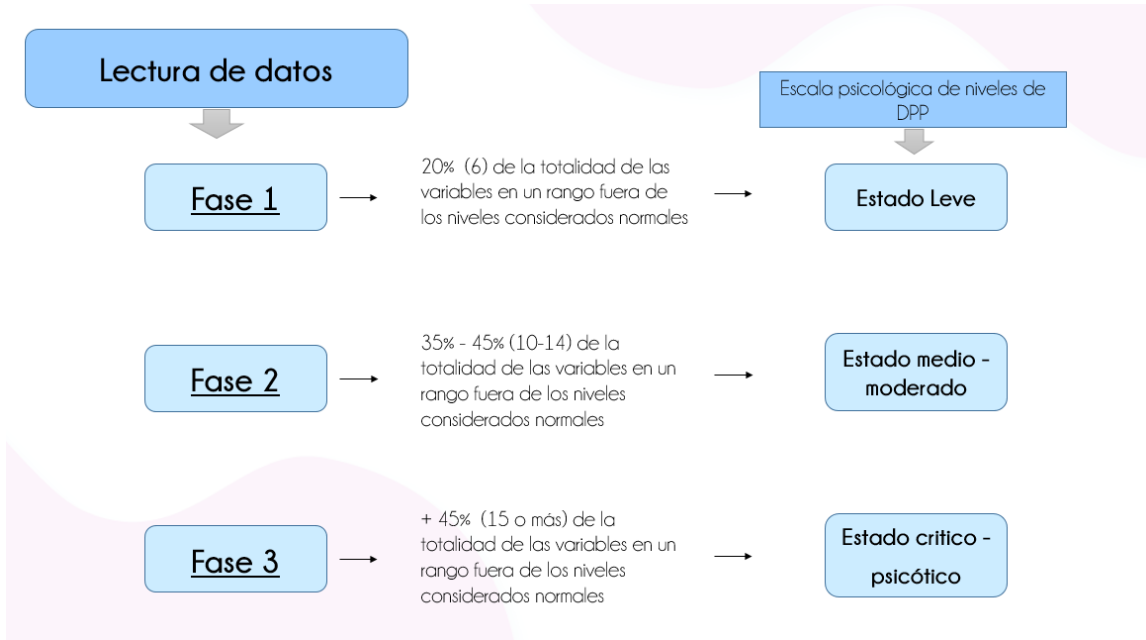


Figura 4 Autoría propia

La segunda etapa es la de Detección, donde por medio de alarmas que el sistema genera, se comienza a detectar las variables que las madres presentan y se desarrollan acciones para tratarlas a tiempo y hacer la intervención necesaria de manera oportuna

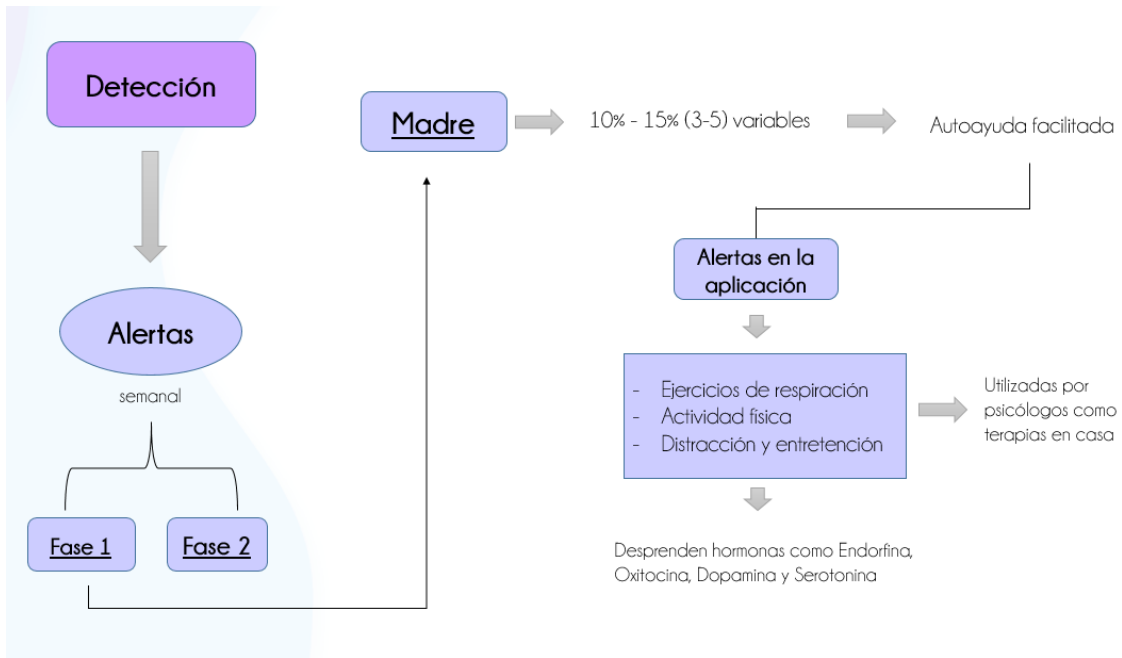


Figura 5 Autoría propia



Figura 6 Autoría propia

Por último se encuentra la etapa 3 donde se da la intervención, en esta etapa ya sabiendo en qué nivel se encuentra la madre se dan los tratamientos y seguimientos necesarios para ella

Intervención

Niveles	Psicólogos	Médico ginecobstetra	Médico psiquiatra
Estado leve	Terapia cognitivo-conductual	Monitoreo sistema D.O.D	
Estado medio / moderado	Apoyo familiar Terapias: cognitivo-conductual, sistemática, psicoanalítica, humanista, ecléctica	Monitoreo sistema D.O.D	
Estado crítico / psicótico	Apoyo con terapias	Monitoreo de hospitalización	Supervisión psiquiátrica durante hospitalización Formulación de tratamiento farmacológico

Figura 7 Autoría propia

MARCO TEÓRICO

Qué es la DPP

Es un trastorno anímico y mental que puede afectar a las madres durante el periodo de gestación y después del parto, el hecho de padecer depresión posparto hace que la madre sienta que le es imposible cuidar de ella y de su bebé, tiene sentimientos de extrema tristeza y soledad, así como

estrés y angustia, generalmente la madre esta confundida por sus sentimientos, emociones y pensamientos durante este periodo ya que se espera que sea una etapa alegre.

La depresión durante el embarazo es especialmente importante ya que se produce en un momento de alta sensibilidad en la vida de la madre, no todas las mujeres toman la maternidad de la misma manera, y generalmente existen cambios fuertes de estados de ánimo durante todo el proceso, si no se trata a tiempo, puede generar un efecto prolongado y deteriorar la relación entre la madre y el bebé, el desarrollo psicológico, social y educativo del niño, así como puede verse afectada de manera negativa la relación con la madre y su pareja.

“La morbilidad de la depresión clínica frecuentemente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado. El estigma y la vergüenza que sienten los enfermos que pueden ser reacios a “confesar” sus sentimientos son frecuentemente factores importantes en el diagnóstico tardío. Tal reticencia es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso pueden ser intensos. Una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo” *Scottish intercollegiate guidelines network, (marzo, 2012). Management of perinatal mood disorders (archivo pdf) recuperado de https://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf*

Causas y consecuencias:

- Cambios Físicos: Hormonas, Estrías, acidez, Pérdida de cabello, decaimiento de los senos, etc.
- Cambios psicológicos: perdida de sueño, ansiedad, pérdida del control de la vida, sentimientos negativos, tristeza, sentimiento de no poder cumplir con los roles de madre, etc

Sin embargo no existe a ciencia cierta una razón para que una mujer padezca de depresión posparto, esta puede ser desarrollada por cualquier mujer independientemente de sus condiciones externas, claro está que las mujeres con antecedentes de trastornos mentales tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

El estilo de vida de cada mujer es diferente, su manera de pensar en cuanto a la maternidad, su estado civil o amoroso, la relación que lleva con su familia, su situación económica y laboral, la edad y sus planes de vida, los niveles hormonales y el padecimiento de otras enfermedades son sólo algunas cosas que hacen que detectar las causas exactas de la depresión posparto sea prácticamente imposible, así mismo sucede con cualquier otro tipo de trastorno mental, sin embargo, se sabe que es un estado que se presenta desde hace muchos años, data de los años 1900 y a medida que se ha ido abriendo la posibilidad de tomar estudio, hacer entrevistas y recopilar datos, la depresión posparto ha pasado de ser un tabú a ser considerada como un problema mental real en las mujeres embarazadas.

Según un informe de la Clínica Mayo de Estados Unidos (2010), la depresión post parto no tiene una causa específica que la genere, sin embargo aspectos como los cambios drásticos en las hormonas, los cambios físicos del cuerpo, la falta de sueño, la presión social, la ansiedad de no poder dar los cuidados necesarios al recién nacido, Clase social, edad, nivel de educación, entre otros, contribuyen a que la madre desarrolle esta condición.

La depresión posparto es un trastorno infra diagnosticado. Muchas mujeres, explica a ABC Elena Sanz Rivas, jefa del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Quirón salud Madrid, «consideran que estar muy cansada o tener muchas preocupaciones durante la gestación es lo normal. Y, además -añade-, durante muchos años se ha considerado que no se puede poner

medicación durante el embarazo y que no hay tratamiento para las mujeres que manifiestan síntomas de ansiedad o depresión. Por ello, muchas mujeres se aguantan e, incluso, en el sistema sanitario se le resta importancia. Existen mujeres que durante el embarazo lo pasan mal y muy mal». Por eso, destaca que la detección se la deberían hacer los médicos de atención primaria o los ginecólogos que siguen esa gestación. *La Depresión posparto si se puede prevenir, (2019), recuperado de https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-depresion-postparto-si-puede-prevenir-201902151822_noticia.html*

La investigación también revela que los hijos de madres con depresión posparto pueden nacer prematuros o de bajo peso, esta condición de la madre afecta directamente el desarrollo de su hijo en todas las etapas, es decir, influye en su gestación y puede que no reciba los nutrientes suficientes que la madre debería aportarle ya que la enfermedad impide que esto suceda, de igual manera el estado emocional de la madre influye en el proceso del bebé ya que está demostrado que el ADN de las emociones es en parte heredado por la madre, por esto deben existir todas las emociones durante el embarazo, pero cuando hay exceso de algunas el bebé las recibe y las asimila como tal., durante el parto pueden existir complicaciones como lo mencionado anteriormente, así mismo durante el desarrollo psicosocial y educativo del niño existen complicaciones directas en él, como problemas de conducta, dificultades cognitivas y enfermedades mentales.

Está comprobado que los hijos de padres con enfermedades mentales suelen desarrollar los mismos comportamientos en alguna etapa de su vida, los hijos de madres con DPP los presentan desde edades muy tempranas.

“La depresión posparto no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado, tanto a corto como a largo plazo. Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. Se ha demostrado que las madres que padecen

depresión posparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés en cuanto al conocimiento de idiomas, el desarrollo social y emocional y los cocientes de inteligencia (especialmente en niños)”. *Prevención diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto*, (2014). (Archivo PDF) Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

Cuáles son sus síntomas:

Los siguientes son algunos de los síntomas comunes de la DPP

- Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada
- Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente
- Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa
- Sentirse malhumorada, irritable o inquieta
- Dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme
- Tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Sentir enojo o furia
- Perder el interés en las actividades que le resultaban agradables
- Padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular
- Comer demasiado o muy poco
- Aislarse de amigos y familiares
- Tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé

- Dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé
- Pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé

A pesar de que algunos de los síntomas son realmente alarmantes, el 67% de los casos no son diagnosticados clínicamente ni tampoco son vistos estos síntomas como señales de alarma por las familias o las mismas madres, esto es debido a la falta de información que se tiene al respecto, especialmente en poblaciones vulnerables. Muchas veces el estilo de vida de estas personas normaliza toda esta situación y la madre debe lidiar con ello sola.

Además según estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el periodo de lactancia la madre no debe tomar ningún tipo de fármaco para tratar la depresión ya que estos afectan directamente al desarrollo del bebé, sin embargo, psicólogos recomiendan que las madres deben seguir un tratamiento para esta condición, arriesgando el desarrollo del bebé suspendiendo la lactancia materna. Por otro lado, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría afirma según estudios que en el 87% de los casos de DPP la madre siente confusión y temor de expresar su condición ya que se espera con ansias la llegada del bebé.

En la última década en Colombia los índices de DPP han aumentado Según un estudio de la universidad Nacional (2010) las madres con mayor índice del síndrome de DPP son aquellas entre los 22 y 34 años, primerizas, con niveles de estudio universitario, parejas estables, viviendas urbanas y entre los estratos 4, 5 y 6. (2010) Archivo PDF recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/40673/50589>

La mayoría de las mujeres con depresión perinatal no buscan ni reciben una intervención específica (Bonari y cols., 2004). Es necesario que el clínico esté familiarizado con su

fenomenología, aprenda a reconocerla, entienda los factores causales y las estrategias de tratamiento, así como la importancia de la intervención temprana. (Maldonado y Lartigue, 2010)

La depresión posparto presenta 3 niveles, leve, medio o moderado y la psicosis, no hay un tiempo específico en el que la madre desarrolle cada uno de estos niveles, una madre puede pasar de un estado de nivel leve a una psicosis en cuestión de días si esta no es tratada de inmediato y de la manera correcta. La depresión posparto puede durar semanas, meses o incluso años y no ser tratada puede generar daños permanentes en la madre y por ende el bebé que se encuentra a cargo de ella podría sufrir maltrato, falta de atención, o diversas situaciones a causa de que la madre es incapaz de dar lo mejor de sí y cumplir su rol como guía amorosa del menor.

La DPP se puede prevenir:

Una de cada 6 mujeres presentan depresión durante el embarazo o en el periodo posparto, un estudio realizado por el grupo de trabajo de servicios preventivos de Estado Unidos, habla de que existen maneras de prevenir esta situación para las mujeres en estado de gestación o en los primeros años de su maternidad.

«Realmente necesitamos encontrar a estas mujeres antes de que se depriman », señala Karina Davidson, una de las autoras del estudio.

El panel evaluó una serie de investigaciones realizadas sobre numerosos métodos de prevención posibles, que incluyen actividad física, educación, consejos para dormir, yoga, escritura expresiva, ácidos grasos omega-3 y antidepresivos. Algunas de estas terapias eran prometedoras, incluyendo

la actividad física y los programas en Gran Bretaña y los Países Bajos, que involucran visitas domiciliarias de parteras u otros proveedores. Pero solo el asesoramiento demostró evidencia científica suficiente de beneficio. De acuerdo con este artículo, las mujeres que recibieron una de las dos formas de asesoramiento eran un 39% menos propensas a no desarrollar depresión perinatal. *US Preventive services task force* (febrero, 2019). Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2724195>

La depresión posparto se puede prevenir y también puede ser diagnosticada a tiempo con las herramientas adecuadas para este problema, este estudio sugiere que la enfermedad es desarrollada en las madres desde su etapa de gestación y no después como se cree comúnmente, por este motivo es necesario el acompañamiento psicológico y médico para la madre desde el momento en que se le indica que está embarazada y decide seguir con el desarrollo del feto.

Es necesario tener un apoyo psicológico desde el primer momento para todas las madres, sin excepción alguna ya que es una etapa que no es fácil de manejar y aunque es natural, el ritmo de vida actual ha cambiado radicalmente la forma en la que se ve y se experimenta la maternidad, por eso es necesario que las madres se sientan comprendidas y apoyadas en su proceso de manera sincera, que se sientan libres de expresarse con sinceridad sobre lo que sienten y así poder recibir una ayuda oportuna.

Un estudio realizado en la ciudad de Cali, Colombia, arrojó que el 66% de las mujeres que participaron de este (ninguna de ellas tenía otro tipo de complicaciones médicas, ni su bebé, también es importante destacar que ninguna de las madres era soltera o viuda y no tenían antecedentes de enfermedades mentales), presentaron síntomas de depresión durante la etapa prenatal y el 57% desarrolló depresión durante el periodo de posparto. *Depresion posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia.* Canaval, Gonzales, Martinez, Tovar, Valencia, (2013) recuperado

La DPP difiere de las demás:

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales, o como un tabú. (Colombia Médica, 2000)

Científicos de Francia, Canadá y Estados Unidos han realizado una investigación centrada en las características neurobiológicas de pacientes que sufren depresión o ansiedad posparto. (Trends in Neurosciences, 2017)

Los síntomas de la depresión posparto son similares a los de otros trastornos depresivos severos

“La maternidad puede cambiar a la madre, algo que normalmente pasamos por alto. Nos olvidamos de examinar la neurobiología de la salud mental y de las enfermedades mentales durante la maternidad, especialmente la ansiedad”, explica Jodi Pawluski, una de las autoras perteneciente a la Universidad de Rennes en Francia. (SINC, psiquiatría, 2017).

Existen estudios que aseguran que la depresión posparto no es igual a la depresión normal que puede presentar una mujer en otro momento de su vida. La DPP es tratada por muchos expertos de la misma forma en que es tratada otro tipo de depresión, es importante aclarar que muchos síntomas de trastornos mentales graves los padecen también las mujeres con depresión posparto, allí radica la diferencia con una depresión común.

Una investigación realizada por Luz María Angulo Arias del programa de enfermería de la Fundación Universitario del Área Andina, busca comparar los cuidados que tiene una madre con su recién nacido cuando padece de depresión posparto y de una madre que esta mentalmente y físicamente sana. Dentro de los objetivos del estudio se encuentra determinar qué relación existe entre los cambios hormonales de la madre y el desarrollo de la depresión posparto, identificar las características del cuidado que tienen las madres sin depresión prenatal o posparto hacia el recién nacido e identificar los cuidados que tiene una madre hacia su bebé padeciendo depresión prenatal o posparto. Las conclusiones que arrojó el estudio donde participaron enfermeros, ginecobstetras y psicólogos fueron que una madre que no presenta depresión es capaz de brindar los cuidados necesarios para ella y su bebé y el vínculo que genera con él se le facilita. Mientras que cuando se presenta la DPP el trato de la madre hacia el recién nacido disminuye drásticamente, el contacto con el bebé es casi nulo, el cuidado y atención es escaso, hay poco o nada de estimulación que genere vínculos afectivos o apegos, y puede presentar mal humor al tener que desempeñar sus roles normales como alimentar o dormir el bebé. Esta situación afecta de manera directa el desarrollo del bebé, como resultado los niños pueden sufrir problemas en su conducta, aprendizaje, socialización, etc,. La detección temprana de la DPP es importante ya que se pueden identificar las situaciones que lo ocasionan y también brindar un apoyo oportuno a la madre para tratar su situación (Rodríguez, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá. 2015)

Qué exámenes se realizan actualmente:

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de la Depresión Posparto es la **Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo**, el cual se considera una prueba fácil, rápida de aplicar en la consulta médica y accesible a los funcionarios de salud. La Escala de Depresión Post-parto de

Edimburgo (*ver figura 1*) fue diseñada por Cox, Holden y Sagovsky para coadyuvar a los profesionales de la atención primaria de salud a realizar un adecuado diagnóstico de la depresión posparto. Cuenta con 10 preguntas que indaga en la madre sobre la presencia de síntomas cognitivos, la cual se puede aplicar de forma rápida en la consulta médica. Dichas preguntas cuentan con 4 opciones de respuestas a los cuales se le otorgan puntajes de 0 a 3 según la seriedad de la sintomatología que ha percibido en la mujer en los últimos 7 días. Por medio de este, se evalúan síntomas de ansiedad, culpa, disforia, problemas de concentración e ideaciones suicidas. *Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. (Julio, 2019), Paniagua, Villegas, Vargas. (Archivo PFD)*
Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>

Esta herramienta es la más utilizada y se lleva a cabo en las primeras semanas después del parto, generalmente durante la consulta o en la sala de espera, aunque es una herramienta efectiva para ayudar al médico a detectar el estado de ánimo de la madre, también es cierto que al ser realizada únicamente después del parto no ayuda a que exista un diagnóstico oportuno sino únicamente detecta cuando la madre ya padece la condición, otra de sus desventajas es que la madre puede dejarse llevar por estímulos externos y no responder de manera honesta el cuestionario, al ser algo tan superficial el resultado muchas veces puede no ser el verdadero ya que la madre puede cambiar las respuestas de acuerdo a su conveniencia en ese momento.

TABLA 1. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre • No tanto ahora • Mucho menos ahora • No, nada
2. He disfrutado mirar hacia delante:	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre • Menos que antes • Mucho menos que antes • Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo • Sí, a veces • No con mucha frecuencia • No, nunca
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none"> • No, nunca • Casi nunca • Sí, a veces • Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante • Sí, a veces • No, no mucho • No, nunca
6. Las cosas me han estado abrumando:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto • Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre • No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien • No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo • Sí, a veces • No con mucha frecuencia • No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo • Sí, bastante a menudo • No con mucha frecuencia • No, nunca
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo • Sí, bastante a menudo • Sólo ocasionalmente • No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante a menudo • A veces • Casi nunca • Nunca
Fuente: Enrique Jadresic M. Depresión Perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25; (6): 1019-1028.	

Figura 8 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>

“Con frecuencia la Depresión Posparto no se trata o se hace de manera inadecuada e insuficiente, debido, principalmente, a la falta de diagnóstico en los centros de salud. Se debe iniciar el abordaje terapéutico indicando la interrupción del consumo de alcohol y tabaco, aumentar el descanso, avocar por técnicas de relajación y ejercicio físico. Además, se debe recurrir a intervenciones psicoterapéuticas cuando no se traten de casos graves. Por último, en general, se debe indicar terapia farmacológica en depresiones de moderadas a severas o que no tengan respuesta a psicoterapia (...)Dentro del tratamiento farmacológico, los agentes de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), utilizados con seguridad durante la lactancia materna, dentro de los cuáles se han considerado tratamientos de primera línea la sertralina y la paroxetina. Algunos casos de depresión no severa, puede ser manejada con psicoterapia, ya que en general no es auto limitada. La terapia electro convulsiva, uno de los tratamientos más efectivos disponibles para la depresión mayor, se debe considerar en casos depresivos de gravedad resistentes al tratamiento farmacológico. ” *Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. (Julio, 2019), Paniagua, Villegas, Vargas. (Archivo PFD) Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>*

Se recomienda que si se presenta depresión durante el embarazo esta se maneje principalmente con apoyo psicológico y terapias con un profesional de la salud mental, ya que durante el embarazo existen medicamentos para la depresión que podrían causar efectos negativos en la formación del feto, lo mismo ocurre en el posparto, ya que los fármacos antidepresivos podrían modificar la leche materna y ocasionar daño al bebé cuando la ingiera o en su defecto, tendría que pararse la alimentación por leche materna y habría que pasar a leches sintéticas y esto ocasionaría una ruptura en la relación del madre y el bebé cosa que para la depresión posparto sería contraproducente, porque lo que se intenta lograr es que la madre genere un vínculo valioso con su hijo.

Esto se podría hacer en casos de depresión leve y moderada, pero en casos donde sea moderada a psicosis es obligatorio el uso de fármacos antidepresivos sea cual sea la situación y en algunos casos, la gran mayoría es necesario la hospitalización de la madre, esto ya interrumpiría por completo el desarrollo del lazo afectivo entre madre e hijo.

Casos documentados en Colombia:

Para el año 2008 se reportaron 25 filicidios en Colombia por parte de mujeres.

Santander, Colombia. 2009

El caso de Johana Macías.

El 10 de junio del 2009, Johana Macías de 24 años de edad, (mamá de una niña de 18 meses llamada Mariana y de un bebé de 6 días llamado Andrés Esteban) profesora de una escuela de los alrededores, reportó a la policía el supuesto secuestro de su hijo menor Andrés, según lo dicho a las autoridades, tres personas entraron a su vivienda en horas de la tarde cuando se encontraba sola con el bebé y la obligaron a salir con el bebé en brazos y luego se los llevaron un carro hacia la carretera vía San Gil, la madre contó que en cierto punto la bajaron del auto y se llevaron al bebé, según ella, tuvo que volver hasta su casa a pie y mientras todo esto sucedía no supo del paradero de su hijo. La noticia inmediatamente estremeció a todo el país, pasaron 8 días en los que esta madre aparecía en los canales de televisión más reconocidos suplicando que le entregaran a su bebé, cientos de personas marchaban y lloraban, pidiendo justicia para la madre y el bebé. Al cabo

de unos días, la policía comenzó a notar ciertas irregularidades en las pistas del caso, comenzando por el hecho de que la madre ya había cambiado su versión de los hechos tres veces. Luego de ocho días de la desaparición de Andrés, la policía relata que Johana los lleva hasta el lugar donde encuentran al bebé muerto en estado de descomposición semienterrado dentro de una bolsa a la orilla de una pequeña quebrada que se encuentra vía San Gil, según la policía en ese momento la madre confiesa que ella fue quien asesinó a su hijo y comienza a pedir perdón.

Días después de conocerse la terrible noticia del filicidio cometido por Johana, comienzan a salir amigos de la madre y testigos del caso quienes aseguran que Johana no deseaba tener más hijos a parte de su hija Mariana y que cuando se enteró de su segundo hijo intentó ocultarlo con fajas hasta el 6to mes de embarazo, las personas a su alrededor la describieron como una mujer callada, solitaria, posesiva y con ciertos problemas con su marido ya que decía estar aburrida de solo poder verlo los fines de semana.

Luego de esto expertos psicólogos y psiquiatras reportaron que Johana padecía de depresión posparto la cual venía desarrollándose desde el momento en que se enteró de su segundo embarazo y no pudo aceptarlo de manera adecuada, su personalidad callada y aislada hicieron que no hablara de esto con nadie y al sentirse sola desarrollara esta patología desde el estado de gestación, al nacer el bebé aseguran que posiblemente bajo los efectos de esta enfermedad ella no era consciente de lo que estaba haciendo en ese momento ni de las consecuencias de sus actos. Johana pasó de un estado leve o moderado de depresión durante la gestación a desarrollar la psicosis en el posparto y con solo 6 días de haber tenido a su bebé lo asesinó cruelmente sin ser consciente de lo que estaba haciendo. *Texto de redacción propia.*

ESTADO DEL ARTE

Monitorización de pacientes con pulseras inteligentes

“A día de hoy, el uso de las pulseras inteligentes para una monitorización continua de las constantes vitales del usuario está normalizado. En cambio, pese a la fiabilidad de los sensores gracias al avance tecnológico y a su abaratamiento, no es posible encontrar tan fácilmente aplicaciones destinadas a un control médico exhaustivo que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Con este objetivo, se ha realizado un profundo estudio orientado al desarrollo de una aplicación, capaz de detectar ataques epilépticos en personas dependientes con Daño Cerebral Adquirido. De esta forma, se pretende que los cuidadores tengan una mayor tranquilidad al poder recibir una alerta configurable cuando se esté produciendo un ataque epiléptico, logrando así mejorar su autonomía al no ser obligatoria una vigilancia presencial continua.” *Escuela politécnica superior, Universidad de Alicante, Gala García, (Septiembre, 2016). Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/58667/1/Monitorizacion_de_pacientes_con_pulseras_intelige_GARCIA_SANCHEZ_GALA_MARIA.pdf*

Aunque no es un proyecto que trate específicamente la depresión posparto, el sistema que emplea es bastante parecido a mi propuesta en temas de funcionalidad, aquí se plantea que por medio de una pulsera a la que han llamado *AngelSensor* y una aplicación que trabaja junto con ésta, se puedan detectar ciertos síntomas que generen alertas tempranas en el usuario y en el médico que ayuden a prevenir los ataques de epilepsia en personas que padecen de esta enfermedad así mismo ayuda a tener un seguimiento constante del paciente para su tratamiento.

Aplicaciones móviles para la monitorización de pacientes con cáncer

“Este proyecto tiene como finalidad el desarrollo de un sistema para la recolección de datos en pacientes con cáncer, con el fin de poder determinar enfermedades mentales tales como depresión y ansiedad. El sistema estará formado por una aplicación android, que recogerá información de forma activa mediante el uso de formularios a los pacientes, y de forma pasiva realizando mediciones en dispositivos wearables conectados al dispositivo móvil, además el sistema dispondrá de un servicio web en el que almacenar los datos recogidos por las pulseras inteligentes y de las respuestas ofrecidas en los formularios para su posterior análisis por parte del personal sanitario.” *Universidad Complutense de Madrid, Carlos Gómez, (2019) (Archivo PDF) recuperado de https://eprints.ucm.es/59413/1/GOMEZ_AMADOR_Memoria_4398576_1935130896.pdf*

Este es un sistema que propone a partir de sistemas wearables conectar una aplicación y un sistema web de recopilación de datos para ayudar al diagnóstico de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad en pacientes que padecen de cáncer.

Aplicaciones móviles para seguimiento del embarazo

Embarazo +

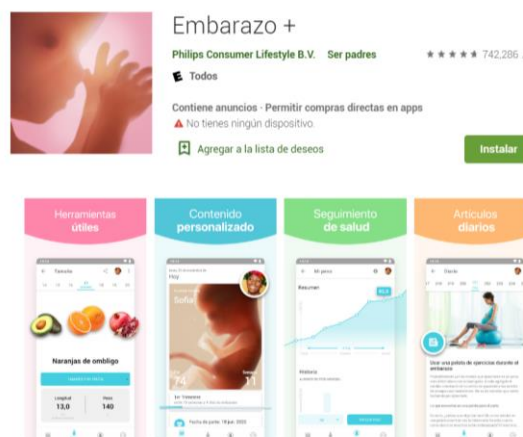


Imagen 1 recuperada de https://play.google.com/store/apps/details?id=com.hp.pregnancy.lite&hl=es_CO

Esta aplicación cuenta con un seguimiento del tamaño del bebé según la semana de gestación en la que se encuentre la madre, lo compara con tamaños de alimentos para que así los padres puedan tener una idea más familiar de cómo está creciendo el feto, aportando datos como el peso y tamaño aproximado del bebé, también cuenta entre otras cosas con artículos y noticias diarias sobre el embarazo. Ayuda a tener un control del aumento del peso según la etapa de la gestación, brinda consejos sobre alimentación, ejercicio, etc. Como esta existen una gran cantidad de aplicaciones disponibles para los teléfonos celulares, todas con características similares sobre el proceso del bebé durante la etapa de gestación, consejos para los síntomas más comunes y consejos para la llegada del bebé.

MARCO METODOLÓGICO

Encuestas realizadas

Se realizaron dos encuestas por medio de las redes sociales para identificar en la primera, la incidencia de sentimientos negativos durante el embarazo y la segunda para identificar que tan importante es para la madre la confianza que le tiene al médico durante su seguimiento de gestación.

En algún momento tuvo alguna de estas emociones a la hora de expresar cómo se sentía?

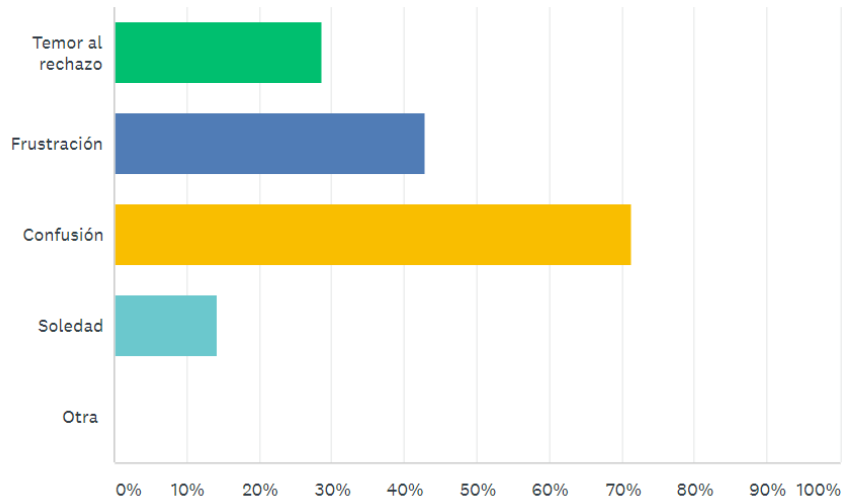


Figura 10 encuesta de autoría propia

Tuvo usted un apoyo emocional que considere

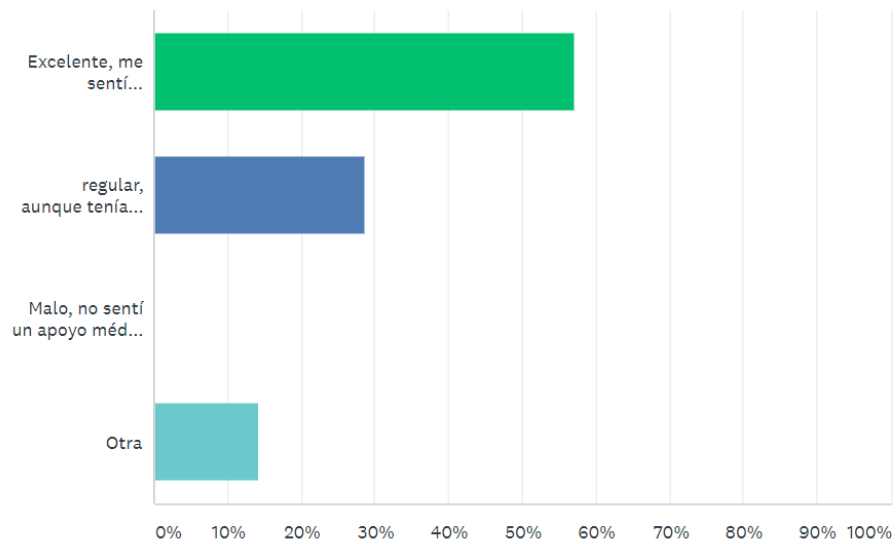


Figura 11 encuesta de autoría propia

Durante los controles del embarazo se le hizo algún tipo de seguimiento para su salud mental y apoyo emocional?

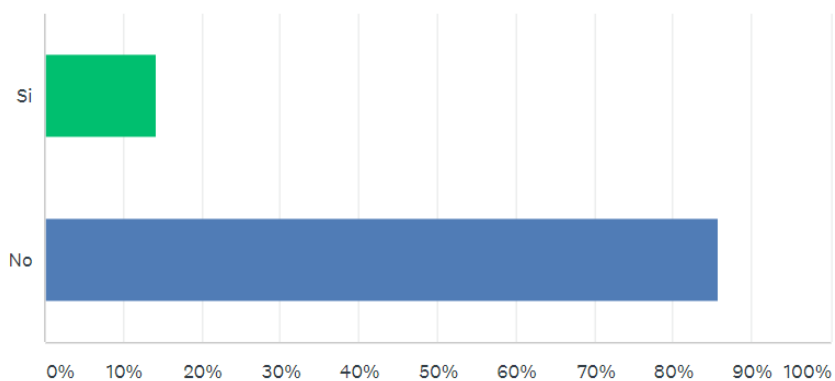


Figura 12 Encuesta de autoría propia

Comentarios en las encuestas:

Mi pareja me apoyó y mi familia me apoyo, pero no el servicio de salud

[Ver las respuestas del encuestado](#) [Agregar etiquetas](#)

Porque la eps me daba un médico diferente para cada cita

[Ver las respuestas del encuestado](#) [Agregar etiquetas](#) ▼

Por que ninca me preguntaban como me sentia , aunque no presente dificultades emocionales en el embarazo, en el posparto si un poco frustrada con el tema de la lactancia

[Ver las respuestas del encuestado](#) [Agregar etiquetas](#) ▼

Conclusiones de las encuestas:

Las madres encuentran una deficiencia en el sistema de salud y el seguimiento que se realiza para ellas durante el embarazo.

La empatía y la confianza con el medico es de suma importancia para las madres.

Entrevistas realizadas

Se realizaron tres entrevistas con la psicóloga Sandra Barbosa quien trabaja hace más de 10 años en la EPS Cafam en la unidad de neonatos donde trabaja con familias de bebés canguros y dificultades de desarrollo de los bebés, también trata todos los problemas psicológicos relacionados con la gestación, el parto y el posparto en los padres de estos bebés. (*Entrevistas en Anexos*).

También se realizaron entrevistas con madres que contaron su experiencia sobre lo que vivieron en su embarazo, algunas de ellas padecieron de DPP y otras llevaron su embarazo de manera sana.

Conclusiones de las entrevistas:

- Para la experta Sandra Barbosa la falla más grande es la falta de educación del proceso del embarazo, las madres no entienden a profundidad los procesos y los cambios por los que van a pasar y los riesgos que corren y en muchos casos esto las abruma

- El sistema de salud actual no hace un énfasis ni un seguimiento en la salud mental de la madre durante el proceso de gestación
- Para las madre es difícil poder expresarse con libertad sobre lo que realmente sienten porque existe una presión social a que todo en el embarazo es positivo y a como va a desempeñar ella su nuevo roll
- Se dificulta debido a la falta de información, que las familias puedan detectar los síntomas de la DPP en las mujeres embarazadas
- El seguimiento de la salud mental de las madres se debe hacer desde el comienzo del embarazo y debe ser constante para poder tener resultados en la disminución del índice de DPP tanto diagnosticada como los casos “invisibles”

Se realiza investigación de casos de madres que creen haber padecido de esta enfermedad o que están diagnosticadas clínicamente con DPP, donde ellas cuentan sus experiencias durante el desarrollo de la enfermedad, los tratamientos y de qué manera se dieron cuenta que podían estar padeciendo de esto mediante videos subidos en la plataforma de YouTube, en blogs de madres y blogs personales.

De estas experiencias personales se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Cualquier madre, sin importar su nivel económico o estatus social puede desarrollar la DPP
- Es importante que ella sienta un apoyo emocional por parte de su círculo social más cercano ya que cuando carecen de este el sentimiento de soledad y de sentir rechazo a expresar sus

emociones negativas aumenta y con esto incrementa la probabilidad de desarrollar depresión

- Para la madre es muy importante tener un acompañamiento médico que sea constante y que genere confianza en ella y en la salud de su bebé, la empatía médica es crucial para ellas y su seguridad durante el proceso
- Las madres creen que no hay nadie más que las entienda como otra madre, es decir, el apoyo más grande que sienten hacia sus emociones y sentimientos es el que les da otra madre
- Generalmente es difícil identificar los síntomas de la depresión perinatal y posparto ya que se considera que es normal tener todo este tipo de angustias, miedos y estrés porque la madre “debe” pasar por ello
- El seguimiento en las EPS de la ciudad de Bogotá no hace énfasis en la salud mental de las madres, el tiempo es demasiado corto y el cambio de médicos hace que se centre el tiempo del control en la salud del bebé y en temas rutinarios del estado físico de la madre

CONCLUSIONES

Se determinó un sistema y unos procesos interactivos que el sistema media para lograr que el medico pueda tener información de los estados físicos y mentales de la madre en el momento que ella presente los primeros síntomas, de esta manera se genera una oportunidad para poder intervenir con los procesos adecuados para cada caso.

El sistema actúa como un acompañante para la madre, es un apoyo para ella durante esta etapa que le genera una sensación de confianza, soporte emocional y psicológico.

Se logró implementar de manera sencilla y eficiente el sistema y el proceso para hacer cumplir con los requerimientos de cada una de las etapas.

BIBLIOGRAFÍA

Salud mental perinatal, Organización Panamericana de la Salud, J Martín Maldonado-Durán, 2011. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

J. V Ramirez (s.f) patologías maternas y embarazo. Recuperado de <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-26.pdf>

M. Roche, A. F. Pérez Rodríguez, M.A. García Mutiloa, I. Martínez Montero (s.f) Patología médica y embarazo. Trastornos respiratorios, urológicos, infecciosos y endocrinológicos. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia4.pdf>

M. J. CABAÑAS M. LONGONI N. COROMINAS C. SAROBE M. J. YURREBASO A. AGUIRREZÁBAL (s.f) Obstetricia y ginecología. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>

Celia Cristina Urbina Torres Sergio Javier Villaseñor Bayardo (s.f) LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL EMBARAZO. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf

JM MALDONADO-DURÁN, JM SAUCEDA-GARCÍA, TERESA LARTIGUE (2008) Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Psicosisnoorganicas.pdf>

Ministerio de salud pública (2013) Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCION%20DE%20ABORTO.pdf>

Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad (2012) EMBARAZO ADOLESCENTE. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. (2015) EMBARAZO EN ADOLESCENTES Generalidades y percepciones. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf>

De cero a siempre (s.f) EL AUMENTO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA. Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%202%20El%20aumento%20de%20embarazos%20adolescentes%20en%20Colombia.pdf>

Luz Helena Rúa Martínez (2003) ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA DESDE EL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN BOGOTÁ. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32s1/v32s1a05.pdf>

Mónica Flores-Ramos (s.f) La salud mental en la mujer embarazada. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133a.pdf>

Enfermedad mental en mujeres embarazadas (2019) Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-499.pdf>

J. Martín Maldonado-Durán (s.f) SALUD MENTAL PERINATAL, Recuperado de https://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2015/01/SaludMentalPerinatal_PRELIMINARES.pdf

La depresión posparto no es como las demás (s.f). Recuperado de <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-depresion-posparto-no-es-como-las-demas>

Constanza Mendoza, Sandra Saldivia y Rolando Pihán (2017) Update on the Neurobiological Aspects of Postpartum Depression, Recuperado de <https://www.ecronicon.com/ecne/pdf/ECNE-06-00158.pdf>

Donna E. Stewart, (2003) POSTPARTUM DEPRESSION: LITERATURE REVIEW OF RISK FACTORS AND INTERVENTIONS. Recuperado por https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf

Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n4/v16n4a06.pdf>

La depresión post parto si se puede prevenir (2019) Recuperado de https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-depresion-postparto-si-puede-prevenir-201902151822_noticia.html

ANEXOS

Entrevistas a la experta Sandra Barbosa

Entrevista 1:

¿Cuál es su profesión y experiencia en el tema de depresión perinatal y posparto?

“Soy psicóloga y llevo más de 10 años trabajando en el área de apoyo psicológico para papitos de neonatos, también ahí recibo e identifico casos de depresión en ellos”

¿Cómo es el proceso para la detección de la depresión en las madres?

“Cuando llegan casos que nos remiten generalmente lo hace el médico pediatra que está tratando al bebé, y la envía a diagnóstico con psicología. Pero cuando lo detectamos nosotros es porque las mamitas llevan a los bebés canguro o aquellos bebés que tienen algún tipo de terapia y ya por la experiencia uno detecta los posibles casos”

¿La depresión se clasifica de alguna manera?

“Sí, la depresión tiene tres niveles por decirlo así, leve y moderada que son en las que nosotros intervenimos como psicólogos y determinamos el tipo de terapia para cada mamita, y la severa que ya sería un caso de psicosis y lo trata un médico psiquiatra, aquí ya es casi que obligatoria la hospitalización y el uso de fármacos en la mamita, la idea es no llegar a esto porque ella pasa largos periodos separada del bebé”

Entrevista 2:

¿Cómo se determina en qué nivel de depresión se encuentra la madre?

“Por los síntomas y la severidad de estos”

¿Cuáles son los tratamientos?

“teniendo en cuenta la severidad, leve y moderado psicoterapia, de moderada a severa hospitalización y farmacológico”

¿En qué consisten estas terapias?

“Desde la psicología existen diferentes enfoques: cognitivo-conductual, sistémico, psicoanalítico, humanista y ecléctico. El abordaje se da teniendo en cuenta las estrategias y herramientas de cada enfoque”

¿Estas terapias son únicamente presenciales?

“Si, son presenciales porque es importante la empatía que se genera a través del contacto personal”

¿Se le dejass tareas o actividades en casa a la paciente?

“Si, se dejan tareas desde el enfoque cognitivo-conductual”

¿Cuáles son estas tareas?

“Realización de momentos de relajación, activación conductual, actividad física y ejercicio”

¿Cree usted como psicólogo que se pueden generar objetos que apoyen a la madre con el tratamiento de depresión?

“considero que se pueden generar objetos que apoyen, pero no es lo único, es muy valioso verificar que las actividades que se enviaron se hayan realizado y que el proceso de pensamiento haya tenido algún cambio”

