

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL POSPARTO INMEDIATO

Cynthia Inés Paolini

Introducción

La depresión posparto se refiere a un episodio depresivo, no-psicótico, que tiene comienzo dentro de las 4 semanas después del parto. Está caracterizado por síntomas como: sentimientos de tristeza, culpabilidad, sentimiento de incapacidad, llanto, pérdida de esperanza, desgano, insomnio o dificultades para conciliar el sueño, incapacidad para concentrarse y labilidad emocional. Se trata de un episodio depresivo similar a cualquier otro pero que tiene comienzo dentro del período posparto y que puede extenderse hasta 12 meses después del parto (American Psychiatric Association, 1994).

Los conocimientos actuales indican que aproximadamente entre un 10 a 15% de las mujeres púerperas sufren de trastornos depresivos durante el período posparto (O'Hara & Swain, 1996). En mujeres con episodios previos de depresión posparto, el riesgo de recurrencia es del 25%. (O'hara et al., 1984; Wisner et al., 2002). Se ha demostrado la relación entre historia previa de trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos, con depresión posparto (Hopkins et al., 1984). Sin embargo la mayoría de estos estudios han sido realizados en países desarrollados de cultura occidental y aún es desconocido el modo en que difiere la frecuencia de dichos desordenes psicológicos entre los diferentes países y culturas.

Más aun, algunos autores sugieren que existirían diferencias en la frecuencia entre los distintos niveles socioeconómicos, por ejemplo, Segre y colaboradores, quienes han estudiado la asociación entre depresión posparto y nivel socioeconómico, concluyeron que la depresión posparto es significativamente más frecuente en pacientes de nivel socioeconómico bajo en comparación con pacientes de nivel socioeconómico alto (Segre et al., 2007). También un estudio realizado en Chile con mujeres de distintos estratos socioeconómicos, arrojó una frecuencia del 36,7% para la muestra total y 43,9% para la muestra del estrato socioeconómico bajo (Jadresic & Araya, 1995).

Existen principalmente tres teorías acerca de la etiología de la depresión posparto que proveen tres modelos de entendimiento del funcionamiento afectivo de las mujeres durante el período posparto: el modelo biológico, que enfatiza el rol de los cambios hormonales en la aparición de la depresión posparto; el modelo psicológico que da primacía a las características de la personalidad de las mujeres; y finalmente el modelo del estrés, que explica la depresión posparto como el resultado del stress del nacimiento en interacción con otros factores (Harkness, 1987).

El modelo biológico coincide con investigaciones psiquiátricas que surgen a partir de la década del '50 con el desarrollo de la psicofarmacología, poniendo interés en las posibles causas hormonales como explicación de la etiología de la depresión posparto. Es a partir de los trabajos de Yalom (Yalom et al., 1968) donde se plantea un paralelismo entre el estrés en el período inmediato posparto y el fin del ciclo menstrual; donde en ambos casos habría una rápida declinación en los niveles de estrógenos y progesterona.

Dentro del ámbito de la psiquiatría, durante mucho tiempo se consideró que existían tres desordenes psiquiátricos posparto: *Baby Blues*, Depresión Posparto y Psicosis Posparto. Autores como Cohen y colaboradores consideran que estos tres desordenes psiquiátricos posparto conforman un espectro de fluctuaciones anímicas. Este espectro va desde el *Baby Blues* que resulta el más frecuente de los trastornos con una prevalencia del 50 al 70%, se refiere a la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato, es un estado transitorio que no resulta patológico, sin embargo, puede aumentar el riesgo de padecer una depresión posparto. La depresión posparto afecta aproximadamente a un 10% a 15% de las mujeres puérperas y, si bien resulta incapacitante y tiene consecuencias devastadoras para la madre, el bebé y su familia; no se trata de un estado de emergencia médica como es el caso de la psicosis posparto. La psicosis posparto resultaría entonces la menos frecuente, presentándose en 1 o 2 mujeres de cada 1000 (Cohen, 1998).

Sin embargo, actualmente algunos autores consideran que la visión tradicional que clasifica los desordenes psiquiátricos posparto en estos tres tipos, constituye una sobre-simplificación del problema; planteando que existe en realidad una amplia gama de desordenes psiquiátricos posparto además de estos tres ampliamente reconocidos (Brockington, 2004).

Desde este modelo biológico, algunas formas de *Baby blues* y de

depresión posparto serían consideradas normales. Sin embargo, los estudios que investigaron los niveles de hormonas durante el embarazo y el período posparto no han sido capaces de distinguir aquellas mujeres que están deprimidas de aquellas que no lo están (Cutrona, 1982; Fleming & Orpen, 1986).

Desde el punto de vista puramente fisiológico, sería esperable que la salud mental de las mujeres durante el período del embarazo, parto y puerperio se comporte de manera similar en todos los países y en todas las culturas. Sin embargo, ha sido ampliamente reconocido el importante rol que juegan ciertos factores ambientales, como el soporte social o el estrés crónico y agudo, en el desarrollo de desordenes psicológicos posparto (Gjerdingen & Chaloner, 1994; O'Hara & Swain, 1996). Por otra parte, las diferencias culturales respecto del medio ambiente social de las nuevas madres, determinaría las diferencias en relación a la frecuencia de los trastornos psicológicos posparto en los diferentes países (Des Rivières-Pigeon et al., 2003).

Una segunda teoría acerca de la depresión posparto se basa en formulaciones psicológicas que plantean el embarazo como un período de regresión emocional y reedición de conflictos infantiles. Las investigaciones basadas en dichas formulaciones buscan precursores de este trastorno en las características psicológicas individuales de la mujer y la historia personal. Dentro de esta línea teórica se encuentran autores como Soifer y Langer entre otros (Soifer, 1971; Langer, 1964). Más recientemente investigaciones empíricas han demostrado la relación entre historia personal previa de enfermedad psiquiátrica, especialmente trastornos afectivos, con la depresión posparto. Características de personalidad y variables actitudinales como ansiedad, habilidades sociales y otras, han sido medidas durante el embarazo siendo consideradas variables predictoras de la depresión posparto (Hopkins et al., 1984).

Y una tercera base teórica para la investigación de la depresión posparto deriva de los estudios en el área del estrés. Como ha sido desarrollado desde el año 1967 por Holmes y Rahe (1967), el estrés y eventos adversos recientes generan cambios en ambiente donde el sujeto habita. Otras investigaciones han demostrado el rol de estos eventos adversos recientes en el desarrollo de la depresión (Hopkins et al., 1984).

Desde este punto de vista el nacimiento de un niño constituye un evento altamente estresante no solo para la mujer sino para toda la familia. Dentro

de esta misma línea teórica algunos investigadores han realizado estudios indagando no solo lo que objetivamente se llama estresores sino también el rol del soporte social que perciben estas mujeres.

Stern y Kruckman (1983) han postulado una crítica antropológica a las investigaciones sobre depresión posparto. Ellos plantean que es posible que la depresión posparto sea un síndrome propio de la cultura occidental, resultado de la “percepción de desamparo” durante el período posparto.

Sabiendo que la evidencia a través de las diferentes culturas muestra que el nacimiento es casi universalmente considerado como un evento traumático de crisis vital, Stern y Kruckman sugieren que existen seis elementos generalmente presentados en la estructura de la depresión posparto: El reconocimiento cultural de un período posparto durante el cual las funciones normales de la madre están interrumpidas, medidas protectoras que reflejan la vulnerabilidad de la madre, aislamiento social, necesidad de reposo, asistencia en las tareas mayormente por parte de otras mujeres y reconocimiento social del estatus de madre a través de rituales, regalos, y otros significados. Los autores sugieren que la falta o escasez de estos elementos en la mayoría de las sociedades occidentales podrían contribuir en la alta frecuencia de depresión posparto.

De esta manera, la presencia de soporte social afecta positivamente la calidad del comportamiento materno hacia el niño (Andresen & Telleen, 1992). Una investigación realizada por Telleen y colaboradores en el año 1989 permite identificar 4 componentes del soporte social que influyen en el stress y la depresión materna: la necesidad de apoyo, la satisfacción con el apoyo recibido, el número de personas disponibles para ayudar y el número de personas en la red social de apoyo con las cuales la madre tiene conflictos (Telleen et al., 1989).

Campbell y colaboradores encontraron que la percepción de satisfacción de una mujer con la red social de apoyo difiere entre aquellas mujeres que reportaron síntomas depresivos en comparación con aquellas que no los reportaban. Así, las mujeres que presentan síntomas depresivos reconocerían menor apoyo emocional y una menor calidad de apoyo por parte de sus esposos y otros miembros de la red social de apoyo en relación con aquellas que no presentan síntomas depresivos (Campbell et al., 1992).

El acento puesto en los últimos años en el estudio de la redes de apoyo social en relación a la depresión postparto queda demostrado en la reciente publicación de una escala desarrollada por Hopkins y Campbell (2008), dos

investigadores de referencia en el tema, quienes publicaron la validación del Postpartum Social Support Questionnaire - PSSQ (Hopkins & Campbell, 2008). Se trata de un cuestionario compuesto por cincuenta preguntas para ser aplicado luego de los dos meses del nacimiento, que indaga la percepción del soporte social que la madre recibe específicamente aplicado al período postparto.

Es a partir de los finales de la década del '70 en que aparecen los primeros trabajos en donde se advierte y mide el efecto del apoyo de las relaciones sociales en las condiciones de salud. El impacto ha sido advertido además de en la depresión posparto (Logsdon *et al.*, 1994) en otras áreas de la salud, tales como el estrés, (Cobb, 1976; Dean & Lin, 1977), la presión sanguínea (Knox *et al.*, 1985), enfermedades infecciosas (Kloudahl, 1985), enfermedades cardiovasculares (Knox & Uvnas-Moberg, 1998). En estos trabajos, la fortaleza de la teoría de redes sociales descansa en la premisa de que la estructura social de la red misma es responsable del comportamiento y las actitudes del individuo en la medida en que aquella moldea el flujo de los recursos disponibles, tanto en lo relativo a oportunidades como a limitaciones. Asimismo, el apoyo social que las redes brindan al individuo aparece como el tema central, si bien también se reconoce que no siempre estos lazos brindan necesariamente apoyo y que hay variaciones en la frecuencia e intensidad.

Esta cuidadosa revisión nos lleva a concluir que la etiología de la depresión posparto sería entonces multifactorial y compleja.

La mayoría de los autores coinciden en que el efecto de la depresión posparto no diagnosticada y no tratada a tiempo puede ser deletéreo en todos los aspectos de la vida de la mujer, desde el aspecto social, personal y en su relación de pareja. Pero no solo para la mujer, sino que también puede afectar la interacción madre-hijo; deteriorando el desarrollo psico-social del niño y pudiendo resultar en un déficit intelectual (Lund & Gyllang, 1993; Des Rivières-Pigeon *et al.*, 2004). Diversos estudios han demostrado que la depresión de la madre tiene resultados dañinos en el niño afectándolo tanto en la esfera psicológica, social y comportamental, produciendo bajo peso de nacimiento, enfermedades psicosomáticas, accidentes, auto-injurias, enlentecimiento en el crecimiento y dificultades cognitivas (Kumar, 1995; Cooper & Murray, 1998).

Sabemos que el desarrollo de la personalidad, cognitivo y psicomotor están íntimamente relacionados con el desarrollo afectivo. Es así que el

ambiente social y emocional en el que el niño crece, y en este punto el vínculo con los progenitores, resulta determinante. Resulta entonces lógico postular que la inestabilidad emocional de los padres influirá negativamente en la salud del niño.

Bowlby, entre otros autores, se ha centrado en estudiar las variables maternas que inciden en el establecimiento de la relaciones de apego (Bowlby, 1989). Siguiendo esta teoría, Ainsworth y Marvin, quienes han descrito las diferentes pautas de apego junto con las circunstancias familiares que las favorecen, postulan que la depresión en la madre podría disminuir su sensibilidad materna para registrar las necesidades del hijo como así también interferiría con el proceso de apego (Ainsworth & Marvin, 1995). Así, una madre deprimida podría reflejar su estado de ánimo depresivo hacia su hijo, interfiriendo en el establecimiento de una pauta de apego seguro madre-hijo (Cooper & Murray, 1998).

Sabemos que la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato constituye un factor de riesgo para el posterior desencadenamiento de una depresión posparto. De allí, que resulta de gran importancia conocer las características de las mujeres que presentan síntomas depresivos en el posparto inmediato, en nuestra población, ya que constituye un primer paso para la posterior detección precoz de aquellas mujeres susceptibles de desarrollar una depresión posparto.

La relevancia de los factores psicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos en el período posparto y en la depresión posparto, revela la necesidad de la realización de estudios en el tema, en nuestra población, sabiendo que aún es desconocido el modo en que difiere la frecuencia y los factores asociados entre las diferentes culturas y países. Por otra parte, nuestras características difieren considerablemente de las de los países desarrollados, de donde provienen la mayoría de las investigaciones realizadas en el tema.

El presente estudio fue llevado a cabo en una población que por no presentar complicaciones médico-obstétricas en la madre y el bebé, son dados de alta en un máximo de 48hs. en caso de parto normal y 72 horas en casos de cesárea. De manera que estas madres podrían no ser detectadas de otro modo, siendo muchas de ellas susceptibles de desarrollar una depresión posparto.

Objetivos

Objetivo General:

Investigar la presencia de síntomas depresivos y factores psico-sociales asociados, en mujeres puérperas durante el posparto inmediato.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la frecuencia de síntomas depresivos.
- Estudiar las características socio-demográficas de la población.
- Analizar la asociación de las variables psicológicas, sociales y demográficas con la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato.
- Indagar acerca de los sucesos significativos de vida y su asociación con la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato.
- Investigar la red de apoyo familiar en la población susceptible de presentar síntomas depresivos.

Metodología

Actividades y metodología

- Para evaluar la prevalencia de síntomas depresivos compatibles con diagnóstico de depresión posparto se ha administrado la Escala de Edimburgo de Depresión Postnatal (EPDS) creada por Cox y colegas (1987); a una muestra de mujeres puérperas asignadas al azar. El puntaje de corte utilizado en nuestra investigación es de 12 puntos en la EPDS
- Para indagar acerca de las variables socio-demográficas, psicológicas, perinatales y sucesos significativos de vida, se ha aplicado el modelo de entrevista psicológica perinatal-EPP (Oberman et al., 1998).
- Se ha complementado la información obtenida con una entrevista en profundidad a fin de investigar las variables asociadas, la historia de vida de cada una de estas mujeres y la red de apoyo familiar con la que cuenta la puérpera.
- Se han analizado estadísticamente todos los datos obtenidos para estudiar asociación entre las variables psicológicas, sociales y demográficas y sucesos significativos de vida, con la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato.

Población y Muestra

Desde Junio a Septiembre de 2008, un total de $n = 20$ mujeres puérperas

internadas en sala de internación conjunta madre-bebé, han sido entrevistadas dentro de los 5 días después del parto; en dos hospitales públicos de la zona sur del conurbano bonaerense: Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil “Ana Goitía” y Hospital Zonal General de Agudos “Lucio V. Meléndez”.

Del total de pacientes asistidas en ambos hospitales, se incluyeron en el estudio aquellas mujeres puérperas, que se encontraran en buen estado de salud física tanto de la madre como del bebé.

Se incluyeron en el estudio todas las mujeres puérperas, que al momento del parto hayan estado cursando un embarazo de más de 37 semanas de gestación.

Se excluyeron del mismo, todas aquellas mujeres con partos de fetos muertos, o muertos en el período neonatal inmediato (previo a las 48 hs de vida), o que tuvieran su bebé internado en UCIN o en unidad de observación. Como así también todas aquellas mujeres que no pudieran comprender el castellano y aquellas que no quisieran o no se encuentren en condiciones de dar su consentimiento para participar del estudio.

Instrumentos

La Escala de Edimburgo de Depresión Postnatal (EPDS) fue creada por Cox y colegas en 1987. Esta escala consta de 10 ítems de auto reporte, especialmente diseñada para el screening de depresión posparto en una muestra poblacional. Cada ítem tiene un puntaje que va desde 0 a 3 puntos de acuerdo al nivel de severidad, de esta manera los puntajes totales de la escala mínimos y máximos respectivamente van desde 0 a 30 (Cox et al., 1987).

La escala de Edimburgo es ampliamente utilizada y ha sido traducida a diferentes idiomas (Brockington, 2004). La validación al español ha sido testeada y se obtuvieron los mismos resultados que en estudios anteriores en idiomas originales (García et al., 2003).

La EPDS no puede ser utilizada para confirmar el diagnóstico de depresión posparto pero cuando se utiliza un punto de corte de 12 puntos tiene una sensibilidad del 78% y especificidad del 86% (Wisner et al., 2002). Cox y colegas proponen un punto de corte de 9 para utilizar como screening, así la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 76%. Es decir que con un puntaje de corte de 9/10 permite detectar la totalidad de los casos de depresión con muy pocos falsos positivos. Este corte es particularmente útil para proyectos de investigación en los cuales se utiliza

la EPDS como única herramienta de medición para identificar posible depresión (Cox & Holden, 2003).

Teniendo en cuenta el tamaño muestral con el que contamos para el presente estudio, se ha decidido utilizar un puntaje de corte de 12 puntos para obtener mayor especificidad en los resultados.

La escala de Edimburgo de ser utilizada como método de screening podría ayudar a identificar casos que presentaran síntomas depresivos compatibles con el diagnóstico de depresión posparto, que de otro modo no serían detectados en la comunidad (Cox & Holden, 2003). De esta manera, los creadores de esta escala proponen su utilización como un método de screening para una prevención secundaria de la depresión posparto permitiéndonos identificar tempranamente la presencia de síntomas depresivos.

Para identificar los factores psico-sociales asociados a presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato, se realizó una entrevista en profundidad a todas las mujeres que accedieron a participar del estudio. Para ello hemos utilizando como instrumento la Entrevista Psicológica Perinatal-EPP. Es un modelo de entrevista semi-dirigida creada por la Dra. Oiberman y colegas (Oiberman et al., 1998) que permite indagar factores psicosociales de riesgo divididos en cinco grandes categorías:

1. Sucesos significativos de vida, inscribiéndose si cada uno de estos ocurrió en el último año o en años anteriores. Son 22 sucesos significativos de vida divididos en cinco áreas: Pareja, Muertes, Social, Problema actual, Problemas con otros hijos.
2. Problemas maternos físicos asociados al embarazo.
3. Problemas maternos psicológicos.
4. Conflictos infantiles.
5. Impacto ante el nacimiento.

Dicha entrevista nos permite, además, recabar información demográfica de la población como así también la red de apoyo social y familiar con la que cuenta la púrpura.

Procedimiento Estadístico

Se analizó la frecuencia de sintomatología depresiva compatible con el diagnóstico de depresión posparto y se expresó como porcentaje con su límite de confianza de 95%.

Para determinar las asociaciones entre la variable dependiente, presencia de síntomas depresivos y variables independientes categóricas se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson.

Para determinar asociación de variables ordinales se utilizó un test de medianas.

Para establecer asociación de variables continuas se utilizó una t de Student.

En los casos donde se consideró necesario, se aplicó el test exacto de Fisher que resulta más adecuado para ser utilizado en casos con valores menores o iguales a 5 en cada celda de la tabla de contingencia, como es el caso del presente estudio.

Todas las asociaciones han sido consideradas significativas cuando la probabilidad fuera menor o igual al 5%. Los valores de la probabilidad obtenidos por debajo de 0,05 fueron por lo tanto considerados estadísticamente significativos. Los valores obtenidos por debajo de 0,01 fueron considerados altamente significativos.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el STATA 8.0 statistical software package (Statistics/Data Analysis 8.0, Stata Corporation 4905 Lakeway Drive College Station, Texas 77845 USA. <http://www.stata.com>).

Variables analizadas

Las variables analizadas para buscar asociaciones con la presencia de síntomas depresivos, fueron las siguientes:

Socio-demográficas: edad materna, edad paterna, ocupación materna y paterna, educación materna y paterna, situación de pareja, familiares con los que convive.

Maternas: historia de depresión durante el embarazo, angustia y ansiedad durante el embarazo, estado de salud físico y emocional durante el embarazo.

Neonatales: paridad, hospitalización durante el embarazo, problemas físicos y psicológicos durante el embarazo, embarazo no planeado, complicaciones en el parto, gemelaridad, tipo de parto, dificultades en la lactancia.

Sucesos Significativos de vida: divididos en 5 grandes áreas: Pareja, Muertes, Social, Problema actual, Problemas con otros hijos.

Problemas maternos psicológicos: temor por la salud del bebé, por la salud propia, presentimiento de parto prematuro, angustia, psicosis, otras.

Conflictos infantiles: abandono, fallecimiento de los padres, violación, abuso en la infancia, otros.

- *Impacto ante el nacimiento*: dificultad de vínculo, dificultad de lactancia, rechazo hacia el bebé, etc.

Todas estas variables han sido recabadas a partir de lo referido por las mujeres que conforman la muestra durante el transcurso de la entrevista en profundidad.

Resultados

Características de la Muestra

A fin de realizar una caracterización de la muestra poblacional del presente estudio se ha realizado un análisis descriptivo de variables socio-demográficas, maternas y neonatales.

La media de la edad materna del total de mujeres que conformaron la muestra poblacional es 24.1 años. Los límites inferiores y superiores de las edades van de desde 16 a 38 años de edad. La media de la edad paterna es 27.5 años. La edad mínima paterna es 17 años y la edad máxima es 40 años de edad (Ver tabla 1).

En la muestra de 20 mujeres 9 son primíparas. La mediana de la paridad es de 2 hijos, con límites que van desde 1 a 10 hijos. Del total de mujeres entrevistadas 4 tuvieron abortos previos (Ver tabla 1).

El análisis de las variables socio-demográficas nos muestra que las mujeres tienen mayor nivel de educación en comparación con los hombres. Las mujeres que han accedido a estudios secundarios son 15 de las cuales el seis han logrado completarlos. Solo 4 de las 20 mujeres que conforman la muestra tiene estudios primarios. Mientras que 9 de los hombres tiene sólo estudios primarios (Ver tabla 1).

El sostén económico de la familia estaría a cargo mayormente de los hombres, de los cuales 19 de los hombres de nuestra muestra trabaja, algunos de ellos en trabajos estables como empleados de empresas de construcción, comercio, etc. y otros en trabajos inestables como las llamadas “changas”. De la muestra de mujeres 16 no trabaja fuera de su casa (Ver tabla 1).

Las parejas que viven en convivencia estable son 19 de las cuales 17 viven en forma independiente de sus familias de origen (Ver tabla 1).

De la muestra total 11 de los embarazos fueron buscados. De estos bebés 16 han nacido por parto normal, mientras que los 4 restantes nacieron por cesárea. Actualmente, 18 de las madres alimenta a su bebé solo mediante amamantamiento (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Variables Socio-demográficas (n=20)*

Hospital	f
Ana Goitia	9
Melendez	11
Paridad	
Paridad (mediana P.50)	2
Primiparidad	9
Abortos Previos	4
Otros Hijos	11
Sexo del niño	
Varón	8
Mujer	12
Educación Materna	
Primario Completo	4
Secundario Completo	6
Secundario Incompleto	9
Universitario Incompleto	1
Educación Paterna	
Primario Completo	9
Secundario Completo	4
Secundario Incompleto	6
Universitario Incompleto	1
Trabajo	
Materno	4
Paterno	19
Situación de Pareja	
Convivencia Estable	19
Convivencia Inestable	1
Con quienes convive	
Familia	1
Familia y Pareja	2
Pareja e hijos	17
Red Familiar	
Amplia y Fuerte	13
Amplia y Débil	1
Escasa y Débil	6
Este Embarazo	
Buscado	11
Aceptación inmediata	14
No aceptación al principio	6
Parto	
Normal	16
Cesárea	4
Lactancia	
Pecho	18
Mixta	2

Frecuencia de síntomas depresivos

Se analizó la frecuencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato y se expresó como porcentaje con su límite de confianza de 95%. La

frecuencia observada de síntomas depresivos, fue del 40% (8/20) con intervalos de confianza que van de 19.1% a 63.9%.

Algunos Datos Descriptivos

A partir de la utilización de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) hemos podido recabar información descriptiva sobre variables psicosociales. La tabla 2 muestra el análisis descriptivo de los datos obtenidos a partir de la EPP. Del total de las madres entrevistadas, 9 presentaron uno o más conflictos infantiles, 7 de las mujeres presentaron problemas físicos durante el embarazo, y 9 uno o más problemas psicológicos durante el embarazo, entre los cuales el más frecuente es la presencia de síntomas como angustia y ansiedad con episodios frecuentes de llanto. Durante la entrevista en profundidad ha emergido la presencia de al menos un suceso significativo de vida, tanto en este último año como en años anteriores en 13 mujeres, 10 de las cuales presentaron sucesos significativos de vida en el último año. Dicen haberse sentido bien emocionalmente 10 y el 13 haberse sentido bien físicamente durante el embarazo.

Tabla 2. *Datos Descriptivos EPP*

Variab	f
<i>Conflictos Infantiles</i>	9
<i>Problemas Físicos</i>	7
<i>Problemas Psicológicos</i>	9
<i>Angustia y Ansiedad en el embarazo</i>	7
<i>Sucesos Significativos de Vida</i>	
En toda su vida	13
En el último año	10
<i>Como se sintió durante el embarazo</i>	
Físicamente Bien	13
Emocionalmente Bien	10

Edad materna

Con el objetivo de evaluar la asociación entre edad materna y resultado en la EPDS (positiva vs. negativa) se realizó una t de Student comparando las medias para cada grupo. El análisis de los datos demostró que la diferencia observada entre los grupos (negativas vs. positivas) no es estadísticamente significativa ($t = 0.12$; $p = 0.904$). La media de la edad

materna para la muestra poblacional (tal como fue descripto en la tabla de datos demográficos) es 24.1 años. La media de la edad materna para el grupo de negativas es 24.25 mientras que para el grupo de positivas es 23.87 (Ver tabla 3).

Tabla 3. *Resultados*

	NEGATIVA (n=12)	POSITIVA (n=8)	Test (Fisher)	p
Hospital				
Ana Goitia	5	4	.135	.714
Meléndez	7	4		
Paridad				
Primiparidad				
No	4	7	5.690	.028*
Si	8	1		
Abortos Previos				
No	10	6	.208	.99
Si	2	2		
Sexo del niño				
Mujer	8	4	.555	.648
Varón	4	4		
Educación Materna				
Primario Completo	1	3	2.986	.517
Secundario Completo	4	2		
Secundario Incompleto	6	3		
Universitario Incompleto	1	0		
Trabajo Materno				
No	9	7	.469	.619
Si	3	1		
Situación de Pareja (%)				
Convivencia Estable	11	8	.702	.990
Convivencia Inestable	1	0		
Red Familiar (%)				
Amplia y Débil	0	1	16.154	.000**
Amplia y Fuerte	12	1		
Escasa y Débil	0	6		
Embarazo Buscado (%)				
No	5	4	0.135	.990
Si	7	4		
Aceptación Embarazo (%)				
Principio No	3	3	.357	.42
Si	9	5		
Se Sintió Físicamente (%)				
Bien	10	3	4.432	.062
Mal	2	5		
Se Sintió Emocionalmente				
Bien	10	0	13.333	.001**
Mal	2	8		
Angustia y ansiedad				
No	11	2	9.377	.004**
Si	1	6		

*p < .05 ** p < .01

× Test Exacto de Fisher.

(t) T de Student

** Altamente Significativo * Estadísticamente Significativo

Primiparidad

El 45% de la muestra total son mujeres primíparas. Con el fin de estudiar la asociación entre primiparidad y resultado en la EPDS se realizó el test Ji-cuadrada de Pearson y el test exacto de Fisher. Los resultados obtenidos muestran una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Chi-cuadrado de Pearson (1) = 5.69; $p = 0.017$. Test exacto de Fisher = 0.028).

Entre el grupo de negativas 8/12 eran primíparas mientras que en el de positivas solo 1/8 era primípara. Es más frecuente observar presencia de síntomas depresivos en aquellas mujeres que tiene otros hijos (Ver tabla 3).

Angustia y ansiedad durante el embarazo

Con el objetivo de analizar la asociación entre presencia de síntomas de angustia y ansiedad con episodios frecuentes de llanto durante el embarazo, con el resultado obtenido en la Escala de Edimburgo en el posparto inmediato, hemos utilizado el test Ji-cuadrada de Pearson y el test exacto de Fisher, que revela un resultado estadísticamente significativo (Ji-cuadrada de Pearson (1) = 9.38; $p = 0.002$. Test exacto de Fisher = 0.004).

La tabla 3 muestra que del grupo de mujeres que obtuvieron resultados negativos en la Escala de Edimburgo, solo una paciente presentó síntomas de angustia y ansiedad en el embarazo, versus 6/8 pacientes de las que obtuvieron resultados positivos, que habrían presentado dichos síntomas durante el transcurso del embarazo (Ver tabla 3).

Estado físico y anímico durante el embarazo

Para determinar asociación entre presencia de síntomas depresivos y “estado de ánimo durante el embarazo”, se realizó un análisis estadístico utilizando el test Ji-cuadrada de Pearson y el test exacto de Fisher.

El mismo procedimiento hemos realizado para estudiar asociación con “estado físico durante el embarazo”.

Los resultados demuestran una asociación positiva estadísticamente significativa (Ji-cuadrada de Pearson (1) = 13.33; $p = 0.00$. Test exacto de Fisher = 0.001) entre estado de ánimo durante el embarazo y presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato. Aquellas mujeres que presentaban síntomas depresivos en el posparto inmediato, referían haberse sentido mal anímicamente durante el embarazo.

Sin embargo, si bien se observó una asociación entre estado físico

durante el embarazo y presencia de síntomas depresivos en el posparto, esta no ha sido estadísticamente significativa (Ji-cuadrada de Pearson (1) = 4.43; $p = 0.035$. Test exacto de Fisher = 0.062). No obstante esto, resultó en el límite de la significancia estadística. Los resultados en este caso, utilizando el test Ji-cuadrada de Pearson, muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (positivas vs. negativas). Pero al utilizar el test exacto de Fisher que es más apropiado para los casos en que contamos con menos de 5 casos en cada celda de la tabla de contingencia, muestra una diferencia que no es estadísticamente significativa (Ver tabla 3).

Embarazo Planificado

Tal como fue expuesto en la tabla de datos demográficos de la muestra, 11 de la muestra total buscaron este embarazo. Viendo que casi la mitad de la muestra no había tenido un embarazo planificado, y teniendo en cuenta la alta frecuencia de síntomas depresivos que fue observada, se ha decidido analizar la asociación entre el embarazo no planificado y al principio no aceptado, con la presencia de síntomas depresivos. Para ello hemos utilizado el test Ji-cuadrada de Pearson y el test exacto de Fisher.

No se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (Negativas vs. Positivas) en asociación con ninguna de las dos variables (Embarazo buscado: Ji-cuadrada Pearson (1) = 0.13; $p = 0.714$. Test exacto de Fisher = 1.000. Aceptación del embarazo: Ji-cuadrada de Pearson (1) = 0.36; $p = 0.550$. Test exacto de Fisher = 0.642). (Ver tabla 3).

Red familiar de apoyo

Con el objetivo de estudiar la asociación entre tipo de red familiar de apoyo con que cuenta la puérpera con el resultado obtenido en la EPDS, hemos utilizado el test Ji-cuadrada de Pearson y el Test exacto de Fisher para el análisis estadístico.

La tabla 3 muestra que existe una asociación estadísticamente significativa (Ji-cuadrada de Pearson (2) = 16.15; $p = 0.00$. Test exacto de Fisher = 0.00) entre tipo de red familiar y presencia de síntomas depresivos. En las pacientes con resultados negativos en la EPDS prevalece un tipo de red familiar amplia y fuerte, a diferencia del grupo de positivas donde 6/8 cuentan con una red familiar escasa y débil, de las dos restantes del grupo de positivas una cuenta con una red familiar amplia pero débil y solo una cuenta con una red familiar amplia y fuerte (Ver tabla 3).

Sucesos Significativos de vida

Con el fin de evaluar la asociación entre presencia de sucesos significativos de vida con el resultado obtenido en la escala de Edimburgo, se han comparado las medianas de la cantidad de sucesos significativos de vida entre el grupo de mujeres con resultados positivos y el grupo con resultados negativos, lo que permitió luego, mediante un test de medianas, evaluar la significancia estadística de la diferencia observada entre los grupos.

Los resultados demuestran que a mayor cantidad de sucesos significativos de vida, tanto durante el último año como en años anteriores, existen más probabilidades de obtener resultados positivos en la Escala de Edimburgo. La mediana de cantidad de sucesos significativos de vida entre el grupo de negativas es menor que en el de positivas. Mientras que en el grupo de negativas la mediana cae en el valor 0, lo que significa que la mayoría de las mujeres que componen este grupo, no ha emergido durante la entrevista ningún suceso significativo de vida. Por el contrario, en el grupo de positivas el valor del percentil 50 es 4.

El test de mediana se realiza a partir de la obtención de la mediana de la muestra total para la cantidad de sucesos significativos de vida. La mediana para la muestra total es 1. Es decir que la mayoría de las mujeres de la muestra total están en el valor 1 de cantidad de sucesos significativos de vida.

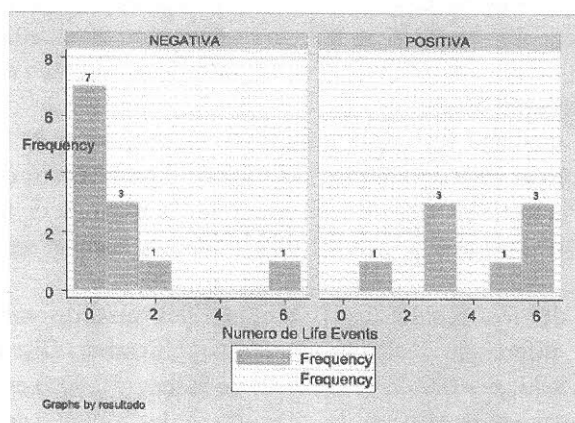
A partir de los resultados obtenidos del test de mediana, se observa una diferencia estadísticamente significativa (Ji-cuadrada de Pearson (1) = 9.73; $p = 0.002$. Test exacto de Fisher = 0.005) entre los dos grupos (positivas vs. negativas). La mayoría de las mujeres del grupo de negativas (10 mujeres – 83.3%), están por debajo del valor de la mediana, es decir, no presentaron ningún suceso significativo de vida. Mientras que las mujeres con resultados positivos en la escala, solo una se ubica por debajo de la mediana, y las 7 mujeres restantes se encuentran por encima de la mediana, esto quiere decir, que presentan 1 o más sucesos significativos de vida (Ver Grafico 1).

El gráfico 1 expone las diferencias entre los grupos (positivas vs. negativas en la EPDS) en cuanto a la cantidad de sucesos significativos de vida. En dicho gráfico, se puede observar el modo en que las barras del grupo de negativas se desplazan hacia la izquierda, mientras que en el de positivas las barras se ven desplazadas más hacia la derecha donde están los valores más altos en cantidad de sucesos significativos de vida.

La mayoría de las mujeres del grupo de negativas se ubican en el valor 0, mientras que las del grupo de positivas están repartidas entre valores que van de 3 a 6 sucesos significativos de vida (Ver Grafico 1).

Todas las variables analizadas estadísticamente para determinar asociaciones entre la variable dependiente, síntomas depresivos y potenciales variables asociadas a esa variable dependiente han sido expuestas en la última tabla de resumen de resultados (Ver tabla 3).

El total de variables analizadas fueron: Hospital, edad materna, paridad, abortos previos, sexo del niño, educación materna, trabajo materno, situación de pareja, red familiar de apoyo, embarazo buscado, aceptación del embarazo, estado físico y emocional durante el embarazo, angustia y ansiedad durante el embarazo.



Conclusiones

Las variables que han resultado significativamente asociadas a la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato fueron: tener otros hijos, la cual ha resultado estadísticamente significativa en asociación con la variable dependiente. Tener una red de apoyo familiar débil; haberse sentido emocionalmente mal durante el embarazo y haber tenido síntomas de angustia y ansiedad durante el embarazo, resultaron altamente significativas en asociación a la presencia de síntomas depresivos en el período del posparto inmediato.

La frecuencia observada de síntomas depresivos, fue del 40% (8/20) con intervalos de confianza que van de 19.1% a 63.9%.

Sabemos por estudios previos que la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo constituye un factor de riesgo para el posterior desencadenamiento de una depresión posparto (Gavin et al., 2005). Esto concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio donde hemos encontrado una asociación altamente significativa entre presencia de síntomas de angustia y ansiedad con episodios frecuentes de llanto durante el embarazo, con presencia de síntomas depresivos en el período posparto.

Por otra parte, a partir del análisis estadístico, se observó que tener otros hijos resultó significativamente asociado a la presencia de síntomas depresivos en el posparto. Esta asociación concuerda con un estudio publicado en Chile (Póo et al., 2008), donde los autores han analizado la frecuencia de depresión posparto y los factores de riesgo asociados, entre los que encontraron que tener otros hijos es un factor de riesgo socio-demográfico.

También se observó una asociación entre estado físico durante el embarazo y resultado en la EPDS, que resultó en el límite de la significancia estadística. La mayoría de las mujeres que presentaban síntomas depresivos, referían haberse sentido mal físicamente durante el embarazo. Por otra parte, del análisis de los datos hemos encontrado que muchas de las mujeres han referido sentir ansiedad durante el embarazo, lo que podría haber tenido una repercusión en el estado físico. Más aun, sabiendo que el estrés y la ansiedad repercuten en la salud física del individuo, tal como fuera investigado en una amplia cantidad de estudios que indagaron acerca de la repercusión del estrés y los eventos adversos en la salud del individuo (Cobb, 1976; Dean & Lin, 1977, Hopkins et al., 1984).

El importante rol que juegan ciertos factores ambientales, como el soporte social o el estrés crónico y agudo, en el desarrollo de desordenes psicológicos posparto (Gjerdingen & Chaloner, 1994; O'Hara & Swain, 1996; Des Rivières-Pigeon et al., 2003) concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde hemos encontrado una diferencia estadísticamente significativa en relación a la cantidad de sucesos significativos de vida en mujeres con síntomas depresivos en comparación con aquellas que no presentaban síntomas depresivos en el posparto inmediato.

Por otra parte, estudios previos han demostrado que la falta de redes sociales y familiares de apoyo influyen negativamente en la salud y el

estado de ánimo de la madre (Campbell et al., 1992). Lo que concuerda también con los resultados obtenidos en nuestro estudio donde hemos observado una mayor frecuencia de presencia de síntomas depresivos en aquellas mujeres con una red familiar débil en comparación con las que no presentaban estos síntomas donde prevalecía una red familiar de apoyo amplia y fuerte.

El nacimiento de un niño es considerado universalmente un evento de crisis vital evolutiva para la mujer, que afecta a todo el grupo familiar. De manera que las madres durante esta etapa podrían ser más vulnerables a padecer trastornos psicológicos. La red de apoyo especialmente familiar influye en gran medida en la posibilidad de que la mujer puede atravesar satisfactoriamente esta etapa.

Sin descartar la importancia de los aspectos biológicos que acompañan el embarazo como así también en el ulterior desarrollo del niño, resulta esencial demostrar que no se circunscribe solo a ello. Entendemos la maternidad como una etapa de crisis vital evolutiva en la cual se reeditan conflictos infantiles que se entremezclan en el vínculo con el niño y que, a su vez; en interacción con sucesos significativos de vida, la mujer resultaría más vulnerable al desencadenamiento de desordenes psicológicos. También el desarrollo del niño está íntimamente relacionado con el desarrollo afectivo, y en este punto el vínculo con los progenitores resulta determinante, sabiendo que la relación madre-hijo, influye en el desarrollo de la personalidad, en el desarrollo psicomotor y cognitivo.

Sabemos que la depresión materna de no ser tratada y diagnosticada a tiempo puede afectar todos los aspectos de la vida de la mujer como así también su vínculo con su hijo y el resto de la familia. Desde nuestra perspectiva, tanto el modelo biológico como el psicológico que explican las causas de la depresión posparto desestiman los factores sociales en los cuales la mujer está inmersa ya que si bien postulan el origen de este trastorno desde diferentes ámbitos, sin embargo, ellos son similares en la consideración de la génesis desde un proceso interno. A diferencia de estos, el modelo del estrés al reconocer la interacción del funcionamiento emocional con el ambiente, de alguna manera incluye una dimensión más holística. Aun así, ninguno de los tres modelos por sí solo logra captar la dimensión bio-psico-social que podría estar mediando entre los procesos psicológicos y el impacto en el período posparto.

■ Referencias

- Ainsworth, M., & Marvin, R. S. (1995). On the shaping of attachment theory and research: An interview with Mary D. S. Ainsworth. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 3-21.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Andresen, P., & Telleen, S. (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 753-74.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Ediciones Paidós Ibérica S. A. Barcelona, España y Editorial Paidós SAICF. Buenos Aires, Argentina.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-10.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4, 29-47.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-14.
- Cohen, L. S. (1998). Pharmacologic treatment of depression in women: PMS, pregnancy, and the postpartum period. *Depression and Anxiety*, 8(1), 18-26.
- Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*. 316 (7148), 1884-6.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782- 86.
- Cox, J. L., & Holden, J. M. (2003). Perinatal Mental Health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Book, Chapter 2: The origins and development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. RCPsych Publications.
- Cutrona, C. E. (1982). Nonpsychotic Postpartum Depression: A Review of Recent Research. *Clinical Psychology Review*. 2(4), 487-503.
- Dean, A., & Lin, N. (1977) The stress-buffering role of social support:

- problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403-17.
- Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, & M. J., Romito, P. (2003). Psychological distress one year after childbirth: a cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec. *European Journal of Public Health*, 13(3), 218-25.
- Fleming, A., & Orpen, G. (1986). Psychobiology of Maternal Behavior in Rats, Selected Other Species and Humans. En: Alan Fogel and Gail F. Melson (Eds.), *Origins of Nurture: Developmental, Biological and Cultural Perspectives on Caregiving*, (pp. 141-208). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- García Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-6.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-83.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *The Journal of Family Practice*, 38(5), 465-72.
- Harkness, S. (1987). The Cultural Mediation of Postpartum Depression. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(2), 194-209.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-8.
- Hopkins, J., & Campbell, S. B. (2008). Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archive for Women's Mental Health*, 11(1), 57-65.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S. B. (1984). Postpartum Depression: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 95(3), 498-515.
- Jadresic, E., & Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123, 694-9.
- Kludahl, A. S. (1985). Social networks and the spread of infectious diseases: the AIDS example. *Social Sciences and Medicine*, 21(11), 1203-16.

- Knox, S. S., Theorell, T., Svensson, J. C., & Waller, D. (1985). The relation of social support and working environment to medical variables associated with elevated blood pressure in young males: a structural model. *Social Sciences and Medicine* 21(5), 525-31.
- Knox, S. S., & Uvnas-Moberg, K. (1998). Social isolation and cardiovascular disease: an atherosclerotic pathway? *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 877-90.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(6), 250-64.
- Langer, M. (1964). *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Logsdon, M. C., McBride, A. B., & Birkimer, J. C. (1994) Social support and postpartum depression. *Research Nursing and Health*, 17(6), 449-57.
- Lund, W., & Gyllang, C. (1993). Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7, 149-54.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-71.
- O'Hara, M. W., & Swain, M. (1996). Rates of risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Oiberman A., Fiszlelew R., Galíndez E., & Mercado A. (1998). Un modelo de entrevista psicológica en situaciones críticas del nacimiento. *Revista Interdisciplinaria*, 15(1).
- Póo, A. M., Espejo, C., Godoy, C., Gualda, M., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136, 44-52.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum