





DE-PRESIONES MATERNAS

Depresión materna en el
primer año postparto;
un tema oculto.
Estudio de prevalencia.

Este documento presenta los resultados del primer estudio
de prevalencia de la depresión materna en el primer año postparto,
realizado en los servicios de salud públicos y privados
del departamento de Montevideo, Uruguay.

Autores:

Gabriel Corbo (coordinador general)

Denise Defey

Nora d'Oliveira

Diseño muestral y cálculo de factor de expansión:

Licenciadas en Estadística Lercy Barros e Inés Urrestarazu
y Economista Gabriela Sicilia

Participantes de las Mesas de Discusión:

Salud Mental de ASSE: Prof. Adga. Dra Nora Rodríguez, Dra. Alicia Hoppe,
Lic. Elidema Morales, Lic. Mariana Villar; Programa Niñez y Adolescencia de ASSE:
Dra. Cristina Lustemberg, Obst. Part. Marisa Figuerola; Programa Niñez del MSP:
Prof. Agdo. Dr. Jorge Quian, Dra. Mara Castro, Dra. Yelenna Ramírez,
Dra. Marie Boulay; INMUJERES del MIDES: Lic. Gabriela González; Programa
Adolescencia del MSP: Dra. Susana Grunbaum; Casa de Galicia: Lic. Lourdes
Balado, Lic. Daniela Bello; UDA Saint Bois: Dra. Joyce Stewart; SERENAR:
Dra. Sandra Berta; Facultad de Medicina, (Depto. Psicología Médica): Prof. Agdo Dr.
Juan Dapuelto, Facultad de Medicina (Clínica Ginecotocológica C): Prof. Dr. Justo
Alonso, Prof. Adj. Rafael Aguirre; Proyecto Desarrolla: Lic. Mariela Pereyra,
Lic. Marcela Fernández, Lic. Daniela Gularte, Lic. Carla Costa, Lic. Gabriela Cabrera,
Dr. Carlos Güida; Plan CAIF: Maestra y Lic. Ana Cerutti; UNFPA: Lic. Valeria
Ramos; OPS/CLAP, SMR: Prof. Dr. José Luis Díaz Rosello; RAP: Dr. Wilson Benia;
Mujer y Género MSP: Dra. Cristina Grela, Obst. Part. Elena Viera; Facultad
de Medicina (Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud - Escuela de
Graduados): Prof. Dr. Alberto Weigle; Facultad de Medicina (Escuela de Parteras):
Prof. Obst. Part. Cecilia Fernández; Psiquiatría Pediátrica y MSP (Psiquiatría de
Adultos, C. H. Pereyra Rossell): Dra Nilda Rebuffo, Dra. Sandra Armand Ugon.

Agradecimientos:

Dr. Osvaldo Martínez del Hospital Policial, Dr. Omar Facciolo de la Asociación Española,
Lic Lourdes Balado de Casa de Galicia, Cnel Guido Manini Ríos del Hospital Militar,
Dr. Gonzalo Yandián de Médica Uruguaya, Dr. Wilson Benia de la Red de
Atención Primaria de ASSE. Estas personas, en su calidad de representantes de
sus instituciones nos abrieron las puertas para permitirnos trabajar.
Al Prof. Dr. Lizardo Valdez que nos brindó su valioso
asesoramiento técnico-profesional.

Trabajo de campo:

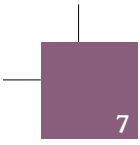
Lics. Psic. Paula Achard, Leonor Bruno, Ignacio Cantarini, Patricia Delgaurio,
Cecilia Fernández, Virginia Fuentes, Paula González, Elisa Guerra,
Raúl Mier, Isaac Norman, Mabel Olivera, Lorena Vega
(Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud).
Br. Vanessa Berrutti, Lics. Psic. Cecilia Fridman, Yohana Sampietro,
Laura Szteren (Escuela de Parteras, Facultad de Medicina).
Lourdes Camacho, Fabián Pérez

Digitación y procesamiento:

Soc. Andrea Zaugg

Asistente:

Lucía Beneditto



10	RESUMEN
13	PRÓLOGO
13	Palabras Susan McDade
14	Palabras Dra. Cristina Lustemberg
15	Palabras Ac. Em. Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón
17	Palabras Prof. Dr. Lizardo Valdez
18	Palabras Lic. Hebert Tenenbaum
20	PRESENTACIÓN
21	Invertir en la primera infancia: un desafío estratégico
23	Investigar en maternidad y en primera infancia: un desafío ético
24	Depresión post-parto: un drama oculto
26	El problema de la conceptualización del tema
28	El problema de la clasificación nosográfica
30	La perspectiva psicosocial y psicodinámica
32	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN
33	Las investigaciones epidemiológicas y empíricas
37	Algunos antecedentes de estudios en la región
38	Antecedentes de investigaciones nacionales
38	A) Programa Docente en Comunidad, Facultad de Medicina
40	B) Banco de Previsión Social
40	C) Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina
40	D) Escuela de Parteras, Facultad de Medicina
42	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN
43	Población de estudio
43	Tamaño de muestra
44	Etapas de muestreo
44	Etapas 1: Selección de instituciones de salud
46	Etapas 2: Consultas pediátricas dentro de las Instituciones seleccionadas
48	Etapas 3: Muestreo de las mujeres pertenecientes a la población de interés que asistieron a las consultas seleccionadas en la segunda etapa
49	Factores de expansión
51	Trabajo de Campo
52	PRINCIPALES RESULTADOS
53	Prevalencia de depresión materna
54	La depresión vinculada a los estratos socioeconómicos
59	La edad, la paridad y la composición familiar de las mujeres con síntomas de depresión
59	Antecedentes bibliográficos
59	Resultados de la investigación
62	Las parejas y las familias de las madres con depresión:
62	a) antecedentes bibliográficos
64	b) resultados de la investigación
69	Antecedentes personales de depresión
69	a) antecedentes bibliográficos
70	b) resultados de la investigación
72	Antecedentes de sucesos relevantes
72	a) antecedentes bibliográficos
73	b) resultados de la investigación
76	Repercusiones en el/la hijo/a
76	a) antecedentes bibliográficos
83	b) resultados de la investigación
85	Consecuencias de la depresión
88	Análisis de variables dependientes
90	¿Qué hacer para contener?
90	a) mejorar e integrar sistemas de información y aplicar instrumentos sencillos y efectivos para la detección
93	b) conocer e integrar más a la familia en los procesos de atención y cuidado de la salud
96	c) mayor articulación del sector salud con servicios comunitarios
100	BIBLIOGRAFÍA
108	ANEXOS
108	A) Cuestionario
114	B) Escala de Edimburgo

Índice de cuadros

- 65 Grupo de convivencia según depresión - **Cuadro 1.**
- 66 Cantidad de personas adultas con las que convive según depresión - **Cuadro 2.**
- 75 Sucesos relevantes según depresión - **Cuadro 3.**
- 84 Opinión sobre características de sus hijos/as según depresión - **Cuadro 4.**

Índice de gráficos

- 54 Prevalencia de depresión materna. Total de la población, Montevideo - **Gráfico 1.**
- 55 Prevalencia de depresión materna por prestadores de salud - **Gráfico 2.**
- 55 Deprimidas y no deprimidas según nivel educativo - **Gráfico 3.**
- 56 Trabajo remunerado según depresión - **Gráfico 4.**
- 57 Horas de trabajo semanales según depresión - **Gráfico 5.**
- 58 Ayuda en el cuidado de los hijos según depresión - **Gráfico 6.**
- 58 Recibe apoyo en las tareas del hogar según depresión - **Gráfico 7.**
- 60 Edad de las madres según depresión - **Gráfico 8.**
- 60 Tasa de natalidad y mortalidad, período 1900-2007 - **Gráfico 9.**
- 61 Cantidad de hijos según depresión - **Gráfico 10.**
- 61 Acompañamiento en el parto según depresión - **Gráfico 11.**
- 64 Estado civil según depresión - **Gráfico 12.**
- 65 Trabajo de la pareja según depresión - **Gráfico 13.**
- 66 Apoyo de la pareja según depresión - **Gráfico 14.**
- 67 Reclamos de su pareja según depresión - **Gráfico 15.**
- 67 Percepción de depresión de su pareja, según depresión materna - **Gráfico 16.**
- 68 Problemas recientes con su pareja, según depresión - **Gráfico 17.**
- 70 Se sintió deprimida alguna vez, según depresión - **Gráfico 18.**
- 71 Percepción de depresión durante el embarazo, según depresión - **Gráfico 19.**
- 71 Percepción de depresión post parto, según depresión - **Gráfico 20.**
- 72 Antecedentes familiares de depresión, según depresión - **Gráfico 21.**
- 75 Porcentaje de no coincidencia de sexo esperado del hijo, según depresión - **Gráfico 22.**

resumen

El documento que aquí se presenta desarrolla los principales resultados obtenidos en la investigación realizada sobre prevalencia de depresión materna post-parto, así como otros factores asociados a su presencia. El universo de análisis fueron mujeres madres que se atienden en los servicios de salud públicos y privados de Montevideo.

Este trabajo se realizó en el marco de un acuerdo firmado entre el PNUD (a través del Proyecto Desarrolla), la Facultad de Medicina (con la participación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y la Escuela de Parteras), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Llamamos depresión materna a un cuadro de alta prevalencia (10-15% según OMS) que aparece luego de las primeras semanas posteriores al parto. Suele extenderse en el tiempo, aún más allá del primer año y se caracteriza por intensos sentimientos de culpa en relación al hijo, la dificultad de disfrutarlo, junto a enormes esfuerzos llenos de vergüenza y desesperanza respecto a las funciones maternas.

Requiere un diagnóstico diferencial de lo que es el “Baby blues”, definido como una crisis evolutiva con elementos de tristeza, llanto e inseguridad ligados al inicio de la maternidad, el cual posee un importante componente neuroendócrino y suele tener una resolución espontánea (siendo necesario un adecuado soporte psicosocial).

También se diferencia de la psicosis puerperal: cuadro delirante agudo, de inicio precoz, de detección habitual por sintomatología florida y aparición durante la internación puerperal, con riesgo inminente para la propia vida y la del hijo(*). Requiere tratamiento psiquiátrico específico.

De la revisión bibliográfica queda de manifiesto la dificultad de la definición nosográfica de la llamada depresión post parto o depresión materna. Existen respecto a ella dos bibliotecas: una que simplemente la define como una depresión “con inicio en el postparto” y la que la define como un cuadro en sí mismo, reactivo, generado por el “hecho maternidad” en mujeres sin antecedentes psiquiátricos, con preocupaciones centradas en el hijo y que responde a la prueba terapéutica de las llamadas “terapias madre-bebé”.

Las investigaciones consultadas también presentan una gama muy amplia y diversa de repercusiones en el niño. En la madre deprimida, el apagamiento del afecto vital y las demostraciones afectivas disminuye sus posibilidades de empatía y de reactividad emocional, con una pérdida de iniciativa que afecta su capacidad de respuesta ante las necesidades y solicitudes del hijo. En nuestro medio, las investigaciones del GIEP (Bernardi y cols 1996) han encontrado no sólo la depresión materna como un factor significativamente asociado a las dificultades de desarrollo del niño, sino que específicamente el cuadro de la madre que no responde al niño aparece como factor principal de estas dificultades, a veces irreversibles. Para algunos otros investigadores, las repercusiones sobre los niños no son tan claras, jerarquizando su potencial reversibilidad y sesgos en la metodología de evaluación.

(*) Por cuestiones de simplificación y comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos el término general los niños, niño o hijo, sin que ello implique discriminación de género.

Para esta investigación, se definió un universo delimitado por las madres que controlaron a sus niños en la capital del país y que se encuentran en el transcurso del primer año de postparto, excluyendo a las madres puérperas con menos de seis semanas de postparto con el objetivo de no sobreestimar la prevalencia de depresión postparto debido a la presencia de “baby-blues”.

Con la información de la cantidad de nacimientos del año 2007 proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (última información disponible al momento de la investigación) se estimó que el universo de análisis es de alrededor de 22.000 mujeres¹.

A partir de esta información, se decidió trabajar con un muestreo aleatorio, seleccionándose una muestra de un total de 306 madres, habiéndose realizado un total de 340 entrevistas, mediante un proceso muestral trietápico. En primer lugar, se seleccionaron las Instituciones de Salud; posteriormente se seleccionaron consultas pediátricas dentro de las instituciones seleccionadas en la etapa anterior y, finalmente, se realizó un muestreo de las mujeres pertenecientes a la población de interés que asistieron a las consultas seleccionadas en la segunda etapa de muestreo.

Para evaluar la depresión materna se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS)² que fue auto-administrada por las mujeres, salvo en los casos en los que el entrevistador detectara dificultades en la comprensión del cuestionario o en la lectura en general; en estos casos fue administrada por el encuestador. Para esta investigación y según análisis de investigaciones similares, se decidió efectuar el punto de corte en 12 puntos del EPDS.

De acuerdo al trabajo realizado, se obtuvo una prevalencia general de 16.5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo con síntomas de depresión.

Del análisis proveniente de esta investigación que se presenta en el presente documento, se pueden resumir las siguientes conclusiones:

Existe una mayor presencia de madres con síntomas de depresión en estratos que pueden estar asociados a niveles socioeconómicos más bajos, especialmente en mujeres de menor nivel educativo.

La edad de la mujer y la cantidad de hijos, no aparecen asociados a la depresión, aunque las mujeres deprimidas presentan edades levemente superiores a las no deprimidas.

Las composiciones familiares no presentan mayores diferencias, salvo en los casos en que se convive con suegros, en donde las deprimidas presentan mayores porcentajes. A su vez, se observa una número levemente mayor de mujeres en situación de unión libre con síntomas de depresión, mientras que las no deprimidas son predominantemente casadas.

1- En el año 2007 nacieron en la ciudad de Montevideo un total de 24.051 niños. Considerando que la cantidad de embarazos múltiples es casi despreciable y asumiendo una distribución uniforme en las edades de los niños, se puede estimar que la cantidad de madres que en el año siguiente tienen niños con edades entre 1 y 12 meses es del orden de 22.000.

2- Cox, J.L., Holden J.M., Sagovsky, R. *British Journal of Psychiatry*, 1987, Vol 150:782.

Se observan, sin embargo, dificultades en relación al vínculo con las parejas: las deprimidas manifiestan recibir más reclamos de sus parejas, en especial en lo que concierne a afectos y sexualidad. Además, suelen percibir al hombre que es su pareja como deprimido y manifiestan haber tenido problemas recientes con él.

Por otra parte, las mujeres con síntomas de depresión manifiestan tener menor apoyo en lo que concierne al cuidado de los hijos, así como en las tareas de la casa.

Otro de los resultados extraídos está relacionado con la manifestación de antecedentes familiares de depresión, según la percepción de las mujeres. Aquéllas que presentan síntomas de depresión manifiestan tener con más frecuencia antecedentes de depresión y perciben haber tenido depresión durante el embarazo y en el postparto en mayor proporción que las no deprimidas. Del mismo modo, manifiestan tener mayores antecedentes familiares de depresión.

En concordancia con la literatura internacional, las mujeres deprimidas presentan mayor frecuencia de haber vivido sucesos relevantes recientes, tales como dificultades para quedar embarazada, abortos, fallecimiento de hijos, complicaciones durante los embarazos, dificultades para el amamantamiento, fallecimiento de personas cercanas, pérdida de trabajo, enfermedad grave propia o de una persona cercana, mudanza, problemas económicos y desilusión en relación a una persona cercana.

En relación a sus hijos, en mayor proporción que las no deprimidas, los caracterizan con atributos negativos que resaltan cualidades estresantes, de acuerdo a una lista de características proporcionadas en el cuestionario.

A lo largo del trabajo, tanto las referencias bibliográficas como los resultados presentados y las reflexiones que surgen de los mismos intentan generar un diálogo y una reflexión sobre las necesidades del hacer de las políticas de protección social, en especial las referidas al sector salud. Se ha procurado permanentemente lograr un equilibrio entre el cuidado de las madres y de sus hijos. Se busca aportar insumos para las acciones tendientes a la protección de la primera infancia, jerarquizando la crianza como un derecho social, tanto de los padres como de los hijos, desde una perspectiva que valore las acciones a nivel familiar y comunitario, fomentando la corresponsabilidad de género en esta etapa de la vida de la mujer, del niño y de las familias.

prólogo I

El trabajar en torno al Desarrollo Humano significa, entre otras cosas, ampliar las opciones de las personas permitiendo que elijan el tipo de vida que desean llevar. Pero para esto, también necesitan que se les brinden tanto las herramientas como las oportunidades para que lo logren.

En este contexto, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) marcan un camino como respuesta a los principales desafíos del desarrollo: la reducción de la pobreza, la educación, la salud materna, la equidad de género, y el combate contra la mortalidad infantil, el VIH/SIDA y otras enfermedades. El PNUD trabaja intensamente para cooperar en la investigación y difusión las mejores estrategias para alcanzar los ODM y los resultados propuestos para el 2015.

Si pensamos en las mujeres, sabemos que se enfrentan a dificultades específicas que se relacionan a la equidad de género, a su acceso a la educación y a los sistemas de salud. En defensa de sus derechos sexuales y reproductivos y entendiendo que tanto mujeres como hombres tienen derecho al mayor grado de salud y bienestar, la investigación que aquí presentamos es un aporte en este sentido.

El estado emocional de las mujeres tanto durante el embarazo, como luego de tener a su hijo/a es responsabilidad de todos como sociedad y un verdadero problema de salud pública, ya que como dato que esta misma investigación nos aporta, sabemos que el 16,5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo presentan síntomas de depresión.

El bienestar de las mujeres tiene relación directa con sus posibilidades y disponibilidad para la crianza de sus hijos e hijas, creando así un círculo donde no podemos dejar de atender a uno y a otro en una concepción integral del desarrollo.

Por todos estos motivos es que hoy acompañamos la presentación de esta investigación que aporta información seria y responsable que esperamos sirva como insumo para la toma de decisiones en relación a las políticas públicas de protección a la infancia y a la salud de las mujeres.

Susan McDade
Coordinadora Residente de las Naciones Unidas
y Representante Residente del PNUD en Uruguay

prólogo II

Un niño o una niña existen en referencia a un contexto humano, a un tiempo y a un espacio determinado. Para nosotros hoy, como país y como sistema de salud, el camino hacia la superación de las inequidades y el logro del ejercicio pleno de los derechos de nuestros niños y niñas no puede dejar de ir acompañado de una perspectiva amplia que considere todo el ciclo vital del individuo, comenzando desde su gestación.

En esta línea, entonces, desde el Área de Infancia y Adolescencia de ASSE, estamos trabajando involucrando la salud perinatal, dándole suma importancia a la calidad de los controles del embarazo, así como a la calidad y humanización del parto y nacimiento.

Desde la perspectiva de la mujer, se hace énfasis en su salud en forma integral, partiendo de su estado nutricional, promocionando y apoyando de la lactancia materna como un beneficio tanto para la madre como para el niño, y jerarquizando su atención en salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva del niño, para que logre un desarrollo pleno, tenemos que considerar un amplio abanico de circunstancias que intervienen a lo largo de su vida: las condiciones en que le toca vivir, las características de su familia, su alimentación, su vivienda, etc. No menos importante es el clima afectivo que lo rodea.

Detectar precozmente cualquier circunstancia que pudiera afectar la calidad de vida y el crecimiento y desarrollo de los niños es un imperativo que no puede quedar fuera de ningún programa de salud.

Sabemos que el estado emocional de los padres afecta las relaciones intrafamiliares. Entre las dificultades que se pueden presentar está la de la depresión, tanto del padre como de la madre. En el caso de la madre, este cuadro, además de ser una carga afectiva para ella misma difícil de sobrellevar en solitario, también puede afectar su disponibilidad en la relación con su hijo/a, perturbando el vínculo y pudiendo interferir en el desarrollo infantil en general.

Acompañar esta investigación sobre prevalencia de depresión en el postparto ha sido todo un desafío para nosotros, abriendo la puerta de nuestros servicios para lograr llegar a las mujeres y a los niños y así cooperar en la implementación de estrategias y medidas que ayuden al logro de su desarrollo integral. Es a través de investigaciones como ésta que es posible contar con mayores y mejores insumos, basados en evidencias, con los cuales podremos seguir avanzando en el logro de una mejor atención a las familias.

Es nuestro desafío asumir un compromiso de trabajo intersectorial y multidisciplinario, la única manera posible de lograr resultados sustentables e integrados. En esta oportunidad, pensar en los niños y niñas no es posible sin considerar la salud de la madre y de sus cuidadores.

Esto es responsabilidad del sector salud, pero no exclusivamente, sino que debemos trabajar en forma articulada con otros servicios que operan a nivel de la comunidad, en especial aquellos vinculados a las familias y la primera infancia, como por ejemplo los centros CAIF. Podemos de este modo ser más eficientes en nuestras acciones y lograr la mayor efectividad para con las familias y los hogares.

Conocer y gestionar el conocimiento para la mejora de la atención de nuestros servicios, es una de las tareas fundamentales en la que estamos comprometidos para lograr equidades desde el inicio de la vida.

Dra Cristina Lustemberg
Responsable del Área de Níñez y Adolescencia de ASSE

prólogo III

Con real gusto me complace y agradezco la deferencia de haberme hecho el honor de prologar esta ejemplar monografía *“De-presiones Maternas. Depresión materna en el primer año postparto: un tema oculto. Estudio de prevalencia”* compuesta por Gabriel Corbo como coordinador general, Denise Defey, Nora d'Oliveira y un grupo de colaboradores, que considero, sin el menor temor de duda, tanto esencial como definitiva. Su conocimiento, su meditación y, sin lugar a duda, su valoración debe entrar en el acervo tanto de obstetras, parteras como neonatólogos y pediatras, así como del personal culto y especializado de enfermería. En una vertiente más afín también a la cultura general, deben difundirse sus conceptos psicosociales en el entorno familiar, la madre y la suegra, las familias. Destácase en forma relevante, hasta hoy poco tenido en cuenta, el padre de la criatura. Trata en esencia la llegada del recién nacido al hogar, que será el suyo, su hogar, que debe ocupar, conquistar, modificando algo que será “igual y un poco distinto”. Digámoslo desde ya: los autores hacen esto en forma admirable, diáfana, profunda por lo simple, exacta en sus datos depurados, así como diligente y creativa en sus consecuencias.

¿Qué se debe entender por depresión? Sin lugar a duda, hay muchas maneras de explicar su etiología, su patogenia y su psicofisiopatología, siempre siguiendo los dos métodos del conocimiento biológico: el deductivo experimental y el inductivo evolutivo. Ambos no son opuestos. Son no precisamente complementarios sino integrables en perspectiva y por tanto integrantes de una globalidad que permite llegar al cabal conocimiento.

El primer método, el que han cultivado las ciencias de la vida (que llamamos “biológicas” desde el siglo XVII) la *scientia nova*, el de las leyes naturales, se asentó en la experiencia y la razón (deductiva). Es la de todas las ciencias básicas de la biología y sus aplicaciones formales, en este caso, la Psicología, la Psiquiatría, la Epidemiología. Nos proponemos aquí guiarnos por la otra perspectiva de la metodología biológica: la inductiva evolutiva. Desde el fin del siglo XVIII y hasta hoy se ha hecho intervenir en el conocimiento de la vida (normal o patológica) el tiempo. Es lo que hoy llamamos conocimiento inductivo-evolutivo que transita desde Leibnitz, Buffón, Lamarck hasta Darwin y Wallace, postulando estos últimos el modo de operar del tiempo con respecto a la vida: la selección natural. ¿Qué es ésta? Es la defensa de la vida ante la agresión, favoreciendo la supervivencia de aquellos aptos para resistirse a ello (*struggle for life*).

La depresión, desde esta perspectiva, es una defensa del organismo frente a algo que se le presenta como ineludible y cuya única misión es eludirlo, obviarlo, esperando un cambio que le permita padecerlo (enfermar) o vencerlo (curarse). Depresión significa, pues, dejar pasar el eminente peligro, para luego -aunando fuerzas- arremeter con denuedo: período depresivo luego maníaco o reactivo y de ahí el término maníaco-depresivo o bipolar.

Esta conflictiva psicológica es el tema de este libro. Nada menos y mucho más. Nos induce en tanto situación nosológica concreta, compleja y de inusitada riqueza prospectiva en una entidad específica: la depresión puerperal o postparto, la cual los autores -en un tratamiento multidisciplinario- abordan con solvencia, con el respaldo de un seleccionado material clínico que les permite incurrir en los variados perfiles de ésta. Permítaseme la redundancia: se trata de una fascinante entidad nosológica que nos es perentorio atender con la mayor acuidad, espíritu crítico y dedicación.

Enfocando ahora esta nueva situación existencial, la que llamaremos interpretación estructuralista, la estructura (pareja) sufre un cambio sustancial. La novel estructura de pareja que ha cerrado su mundo desligado de las tutorías parentales, equilibra su estructura en ella misma: *une monde à deux*. Esta

estructura se estableció mediante el complemento de personalidades cuya esencia es la afinidad de sentimientos, gustos, placeres, atracción común, amor... Este equilibrio, por intención expresa, se ve enriquecido con la ansiada espera del hijo. Pero resulta que esta estructura (que, como todas las estructuras, está sujeta a recibir -esperada o inesperadamente- cambios) debe adaptarse activa y consensualmente a restablecer no ese equilibrio perdido sino el nuevo. Lo nuevo se integra estructuralmente y, si bien involucra el anterior y no deja de estar compuesto con los elementos del mismo, debe integrar dinamismos al nuevo equilibrio. Este elemento diríamos que lo enriquecerá, se asimilará y así se establecerá esta nueva y diferente pero igualmente eficaz estructura, cuya función será también con el prospectivo integrante.

Es, creemos, bajo esta nueva perspectiva integrativa y dinámica que en particular debemos comprender y asimilar el puerperio psicosocial tanto en sus manifestaciones compensadoras que llamaremos propias de su historia natural como en sus desviaciones tanto funcionales como psíquicas y patológicas. Estas últimas son más recientes de lo que generalmente se admite y que pueden ser tan graves como desencadenar una psicosis evolutiva sea tanto temporaria como definitiva.

Son por demás fascinantes las manifestaciones tardías y funcionales del puerperio y, si bien ha sido un tema de relevancia mundial, no ha sido suficientemente destacado a nivel individual y social. Ocurre frecuentemente entre las afecciones que lindan (a veces sutil o intrincadamente) varias especialidades clínicas y que, por lo tanto, se desatienden o se le dedica una atención marginal.

Entre las manifestaciones y, siendo la más fascinante de ellas, está el síndrome de depresión puerperal o postparto. Luego del curso del embarazo, y también lo que podríamos llamar un tránsito obligado, exigido y venturoso al parto, sigue otra etapa, más o menos intensa. Ésta, no deja de tener los mismos requerimientos, exigencias, esfuerzo y -diría también- vivencia esforzada que requieren las nuevas situaciones impuestas por un cambio de vida. En sus aspectos formales y superficiales no se concientiza como un fenómeno anormal, por no decir patológico, principalmente en el esfuerzo psico-psiquiátrico.

En este trabajo estas directivas básicas son tratadas con todo el detalle semiológico clínico y nosológico con especial esmero y competencia que permite integrar esta vertiente clínica en el natural curso de la atención tanto epidemiológica como asistencial y, en particular, integrar la depresión puerperal a la preocupación preventiva y social.

Ac. Em. Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón
Facultad de Medicina

prólogo IV

El Ministerio de Salud Pública saluda la presentación de esta investigación sobre De-presiones maternas por varias razones:

1. Siempre es importante contar con trabajos serios y responsables que permitan tomar decisiones en políticas de salud en base a la evidencia científica y éste es uno de ellos.
2. Aborda una problemática de enorme significación como es el entorno del desarrollo de nuestros niños en su primer año de vida y una tan decisiva como la disponibilidad de su madre. Mucho de la futura realidad física, psicológica y social se juega en ese primer vínculo: modelo de todo otro vínculo, presentación del mundo exterior y sentimiento de autovaloración del propio infante.
3. Lo aborda desde una perspectiva interdisciplinaria e interinstitucional que coincide con la forma en que este Ministerio considera que deben encararse los problemas de salud, evitando enfoques parciales que soslayan aspectos importantes de la realidad.
4. El propio título “de-presiones” y la discusión nosológica que hacen los autores, evita una excesiva psiquiatrización que la temática con su cohorte de estigmatización y alarmismo, a la vez que pone foco en las “presiones” sociales y del entorno.
5. Realiza sugerencias realistas para encarar estas situaciones que involucran al primer nivel de atención, a la familia y a los servicios comunitarios.
6. Por último reafirma el acierto de esta administración al decidir profundizar un nuevo modelo de gestión, que pone el acento en la prevención, diagnóstico precoz e intervención oportuna y apela al auto cuidado, a la vez que prioriza la niñez y su entorno como una de las directivas de trabajo, especialmente en los sectores más vulnerables, pero no sólo de ellos.
7. Este libro abre una temática en la que hay que seguir pensando e investigando y nos convoca a todos a pensar para superarla.

Prof. Dr. Lizardo Valdez
Responsable del Programa de Salud Mental del MSP
Montevideo, Setiembre 2010

prólogo V

El ministerio de salud pública se complace en participar de la investigación y publicación: De-presiones Maternas. Las políticas públicas de salud al planificarse desde nuestro Departamento de Programación Estratégica, tienen en cuenta la evidencia e información científica como insumo para el diseño los planes en las diversas áreas y esta investigación es un aporte en ese objetivo.

Esta investigación aborda una problemática de enorme significación como es el entorno del desarrollo de los niños en nuestro país en su primer año de vida y la disponibilidad de la madre para su atención y cuidado.

El primer vínculo del ser humano es donde se juega el futuro de su condición biológica y psicológica, es modelo de los vínculos que desarrollará en su vida posterior. El bebé y su madre en estos primeros tiempos conforman una unidad de funcionamiento, son dos seres separados, aunque del punto de vista psicológico y social el bebé depende absolutamente de su madre. Lo que la madre sufre o goza, padece o disfruta va a reflejarse en el bebé, quien es receptor de los sentimientos, pensamientos y acciones de la madre.

"His majesty the baby" escribe S. Freud, el bebé es el centro de la vida de la madre y de su entorno, es el ser donde se proyectan las ilusiones, los proyectos y las frustraciones de los padres.

Por supuesto que hay un campo o terreno innato o genético del bebé, que hará de manto protector de la incidencia materna. Hay otros factores como el entorno familiar, social que podrán atenuar o acentuar la incidencia materna. Cuanto de la posterior personalidad, o de la patología del futuro niño, adolescente o adulto, se juegan en este primer vínculo será producto de estos múltiples factores.

El enfoque del libro, que incluye una discusión nosológica, evita una excesiva psiquiatrización de la temática. Se hace énfasis en una perspectiva social, donde las presiones sociales y los entornos son una causa fundamental de los padecimientos. De lo que se trata es de entender, prevenir e intervenir en los primeros momentos de la depresión, evitando la estigmatización y el alarmismo.

Alguna puntualización sobre la metodología utilizada. Es necesario tener en cuenta que las cifras pueden variar como producto del método de medición empleado: los instrumentos, poblaciones, periodos u otros criterios evaluados. Uno de los criterios a considerar es el punto de corte seleccionado. El punto de corte se usa para indicar cuáles individuos es probable que posean un trastorno o condición específica y cuáles no es probable que la posean.

En nuestro medio, el escaso nivel de desarrollo de la investigación instrumental en el área de salud mental, no permite contar con instrumentos validados, por lo que es habitual realizar estudios con instrumentos validados para otras poblaciones con características similares a nivel cultural. Esto nos hace pensar que la precisión de la medición aumentaría si la escala estuviera validada para Uruguay y que dependiendo del punto de corte, la cifra de madres con depresión podría variar. Lo fundamental es que las políticas de salud tengan en cuenta la gravedad de esta temática. Lo significativo es que hay un porcentaje importante de madres que padecen y por lo tanto el riesgo para un porcentaje de niños que nacen en nuestro país.

El Ministerio de Salud Pública ha decidido profundizar un nuevo modelo de gestión, que pone el acento en la prevención, promoción, diagnóstico precoz e intervención oportuna, a la vez que prioriza la niñez y su entorno como una de las poblaciones vulnerables a atender.

En esta línea el próximo mes de agosto, se pondrán en funcionamiento prestaciones de salud mental en el SNIS, en las cuales se pondrá énfasis en las madres y los niños, como una de las poblaciones objetivo. La prevención y el tratamiento de los sectores de la población más vulnerable tanto por su condición social como por los momentos vitales en que se encuentran. En ese marco la atención precoz a las madres que posean indicios de depresión, tanto en forma individual como grupal, así como la conformación de grupos gratuitos para embarazadas primerizas y puérperas primerizas, entre otros grupos a privilegiar será una de los programas con los cuales el ministerio enfrentará la problemática que enfoca este libro. Deseamos que las acciones a encarar sean contrastadas, y evaluadas por nuevas investigaciones que confirmen que las políticas aplicadas son efectivas en la consecución de tales objetivos.

Lic. Hebert Tenenbaum
Responsable Programa Salud Mental - D.P.E.S.
Ministerio de Salud Pública

Pre sen ta ción

Presentación

INVERTIR EN LA PRIMERA INFANCIA: UN DESAFÍO ESTRATÉGICO.

Hasta hace relativamente poco tiempo se creía que el cerebro humano tenía condiciones limitadas de aprendizaje. Esto condujo a pensar y, por ende, a actuar sobre el paradigma de que los individuos tenían una potencialidad definida por sus herencias genéticas.

Desde el punto de vista de las políticas sociales, esta concepción condujo a ubicar a la educación en un rol privilegiado y preponderante, ya que era ésta la encargada de poder sacar el “óptimo” de las capacidades de las personas, de acuerdo a las restricciones genéticas de cada individuo.

A su vez, los réditos o retornos de los países para invertir en educación eran mayores en la medida en que la educación comenzara en edades tempranas y se diera durante un tiempo limitado de la vida del individuo. Sin embargo, y a pesar de lo anterior, se la concebía al comienzo de la educación formal en la edad en la que el niño tenía desarrolladas sus habilidades cognitivas y sensoriales básicas que le permitieran aprender, eso es alrededor de los 5 o 6 años de edad. Lo que sucedía antes de esta edad era responsabilidad entera de las familias y, dentro de éstas, de las mujeres en su rol de madres.

Sin embargo, el paulatino e importante avance de las neurociencias ha permitido demostrar que el cerebro humano tiene una estupenda condición de plasticidad, la cual no sólo le hace capaz de reparar posibles daños o accidentes cerebrales, sino que además le permite capacidades de aprendizaje durante toda la vida del individuo.

Esto ya de por sí es un desafío para la educación, ya que el “óptimo” de las capacidades individuales no se da durante un proceso de aprendizaje en un momento del ciclo vital (infancia, adolescencia), sino que el ser humano tiene capacidades para aprender durante toda su vida (ciclo vital). Esto refuerza conceptos como los de “educación permanente”, lo que, sin duda, es un desafío importante para los sistemas de educación y de formación profesional.

Pero, además de esta condición de “plasticidad”, las neurociencias aportan con claridad el dato de que es durante los primeros años de vida, el momento en el que se produce el mayor proceso de multiplicación y conexión neuronal en el cerebro humano. Es en esta etapa de la vida de las personas en donde se van a pautar buena parte de las habilidades cognitivas, bienestar físico, crecimiento y desarrollo socioemocional de la vida adulta.

A su vez, sabemos que buena parte de este desarrollo neuronal se da durante el proceso del embarazo y que, posterior al nacimiento, existen condicionantes de nivel macro y micro que inciden positiva o negativamente en el desarrollo del niño. Es decir, naturaleza (herencia genética) y condiciones de crianza habilitan o restringen las posibilidades de mejores procesos de desarrollo.

Detenerse a pensar un instante sobre qué tipo de impactos tienen estos conocimientos sobre

los sistemas de protección social y, por ende, qué tipo de reformas presupuestales e institucionales pueden acarrear supone un ejercicio por demás desafiante.

Si lo pensamos en términos históricos, podemos ver que es recién a mediados del siglo XX, el momento en el que, desde el punto de vista de los análisis de inversión pública, se comienza a demostrar que es positivo para los países invertir en las personas, además de invertir en capital físico. A mediados de los años sesenta, a través de evidencias provenientes de la disciplina económica se introduce el concepto de “capital humano”³. Este concepto pudo demostrar que la inversión en educación aportaba retornos económicos muy importantes para el crecimiento y desarrollo de los países.

Pero es recién sobre los años dos mil, cuando el Premio Nobel de Economía James Heckman demuestra que el capital humano es un proceso dinámico, que dura toda la vida, pero que comienza en la temprana infancia⁴.

Este estudio, junto a otros, ha permitido comenzar a demostrar que las inversiones en la primera infancia dan beneficios y retornos económicos muy importantes para los países. Estos pueden observarse en la reducción de costos de los sistemas de salud, en los mayores rendimientos educativos en el futuro y en el logro de mejores condiciones de calificación y desempeños en los mercados de trabajos.

Sin embargo, decidir qué y cómo debe ser la inversión en la primera infancia, no resulta ser un ejercicio fácil, sino más bien de alta complejidad, ya que la protección a la primera infancia involucra a una diversidad muy alta de instituciones y de acciones que se dan tanto a nivel macro como a nivel micro.

Para citar algunos ejemplos, podemos decir que, a nivel macro, el hecho de tener economías saneadas y crecimiento económico sostenido permitirá pensar y realizar acciones de largo plazo que, de lo contrario, serían muy difíciles de hacer.

Del mismo modo las creencias culturales en relación a la crianza y en especial al rol de la mujer en esta etapa, juegan un papel decisivo. No es lo mismo un país que promueve y protege la inserción de la mujer en el mercado de trabajo, que aquel que aún mantiene inequidades importantes en este aspecto. La inserción laboral de madres y padres en etapas de crianza, además de permitir posibilidades de crecimiento productivo, dan condiciones básicas para que los países desarrollen sistemas de cuidado y de protección para la primera infancia. De no ser así, se reproducen estereotipos de modelos del pasado, en donde la crianza queda rezagada exclusivamente a los ámbitos familiares y, en especial, a los roles tradicionales de género.

Muchas veces se escuchan opiniones contrarias al desarrollo de políticas de inversión para la protección de la primera infancia, desde el argumento de que quitan valor al rol de la familia en esta etapa fundamental de la vida. Sin embargo, si partimos del concepto de que el desarrollo de la primera infancia es una exquisita combinación de naturaleza y ambiente, lejos se está de promover políticas versus familias.

3- El economista Becker G. en 1964 introduce el concepto de Capital Humano.

Human Capital: A theoretical and empirical Analysis. Nueva York: Columbia University Press.

4- Heckman J 2006. “Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children.

Las políticas inciden en el mundo macro, generan condiciones u obstaculizan posibilidades para el desarrollo de los niños, pero éstas sin las familias resultan incompletas.

Del mismo modo, ocurre desde el lado de las familias, éstas pueden ser capaces de aportar toda su protección y afecto para la crianza pero, si no cuentan con facilidades y condiciones provenientes desde las políticas para el cuidado y protección de sus hijos, podrán ver mermadas las posibilidades de su desarrollo y probablemente vivan los procesos de crianza como momentos de estrés y no de disfrute.

Por tanto, el desafío de lograr combinar de manera eficiente y eficaz las políticas públicas y las acciones de las familias en los derechos y obligaciones de crianza, es la tarea que tenemos por delante. Esto supone que además de evaluar condiciones institucionales y presupuestales para decidir acciones de política a llevar a cabo, debemos conocer en mayor medida el mundo de las familias.

Las condiciones en las que se producen los embarazos, las estructuras familiares para la crianza, la salud física y mental de las familias, son aspectos que no quedan rezagados exclusivamente al campo de las familias, sino que son parte de la responsabilidad social, y por tanto de las políticas públicas.

El presente trabajo busca, desde el aporte de un tema en particular (la depresión materna), aportar a la discusión general para las mejores políticas de protección a la primera infancia.

En este caso -la salud materna-, el papel de los varones padres, el rol de los servicios públicos y comunitarios, son parte de la discusión que estará presente a lo largo de este informe.

A través de un estudio basado en procedimientos estadísticos, intentamos acercarnos a un aspecto que hace a la vida de las familias y en especial de las mujeres durante el proceso de crianza. No se busca con ellas tener verdades absolutas, pero sí aportar evidencias que contribuyan a nuestras mejores prácticas y políticas para la protección de la primera infancia y de las familias.

INVESTIGAR EN MATERNIDAD Y PRIMERA INFANCIA: UN IMPERATIVO ÉTICO.

El documento que aquí se presenta representa un esfuerzo conjunto de instituciones cuyo fin último tiene que ver con la salud, el bienestar y la calidad de vida de los niños, las personas que están a su cargo y de las comunidades en las que habitan. Es su obligación no sólo investigar y actuar ante los problemas evidentes y visiblemente acuciantes sino estar alertas y atentas al sufrimiento oculto, a la fragilidad de los más vulnerables, al sesgo de mirada que no nos permite ver ni a unos ni a otros.

Es en este contexto tanto ético como estratégico y práctico que surge la necesidad de dirigir la mirada hacia el sufrimiento oculto de quienes supuestamente son dueños, según nuestra percepción colectiva, de una felicidad sin par: las madres y sus lactantes en el primer año luego del nacimiento. Ellos son depositarios de nuestras esperanzas e ilusiones colectivas de una felicidad prometida, de un futuro venturoso para nuestras familias y nuestras sociedades.

Sin embargo, nuestras madres reales no parecen ser tan similares a nuestras madres ideales y, justamente, son aquellas que más se esfuerzan por parecerse a nuestros (sus) ideales, las que descubren con dolor infinito las espinas en el lecho de rosas. Pese a sus enormes esfuerzos por ser las “buenas madres” que anhelan ser, no logran estar a la altura de sus expectativas ni de las de su entorno, ni encontrar la felicidad prometida, agobiadas por el peso del sentimiento de culpa y los auto-reproches inherentes a sus dificultades para cuidar y disfrutar a sus hijos.

Se le ha llamado a esta situación “depresión postparto” o “depresión materna” y se lucha aún en el mundo por terminar de incluirla en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades a fin de asegurar su diagnóstico y asistencia por parte de las instituciones y los sistemas de salud. Sin embargo, en esta cruzada de visibilización (de la cual esta investigación y documento forman parte) se cierne el gran peligro de la psiquiatrización de un sufrimiento al que podríamos llamar “desmoralización”, del excesivo énfasis en las repercusiones en el hijo que puede llevarnos a estigmatizar a quienes, justamente, más anhelan cuidarlos adecuadamente.

Lo que llamamos “depresión materna en el primer año”, si bien amerita ser diagnosticado y tratado tiene que ver con la cotidianeidad de las personas y no (como se ha demostrado profusamente) con alteraciones biológicas a nivel cerebral u hormonal. Por lo tanto, si bien en algunos casos el uso de medicamentos que no impliquen suspender la lactancia pueden ser de utilidad, se trata fundamentalmente de un problema existencial que es necesario entender y abordar por medios psicosociales que pueden ir desde diferentes formas de psicoterapia hasta intervenciones comunitarias simples o acciones preventivas colectivas que desculpabilicen a las madres, las preparen para la realidad de la maternidad y las protejan de un ideal engañoso y traicionero.

Como se detalla a lo largo de este documento, se ha encontrado en este estudio, que abarca madres de diferentes estratos sociales de la ciudad de Montevideo, una prevalencia de 16.5% de depresión (desmoralización) materna en el primer año. Aparece asociada a circunstancias de la vida como dificultades en la relación de pareja y falta de soporte del entorno cercano, estando en algunos casos precedida de otros períodos en que las madres relatan haber tenido estados de ánimo coincidentes con lo que denominamos “depresión”.

Este trabajo busca fundamentalmente ser un disparador para generar acciones colectivas que busquen acercarse, comprender y ofrecer una ayuda tangible, humana y cercana a estas madres que, como se ha dicho en algún momento, “sufren en el paraíso”.

DEPRESIÓN POST-PARTO: UN DRAMA OCULTO

El registro de lectura de todo el material disponible sobre el tema es tan abundante que es prácticamente imposible ofrecer un detalle minucioso del mismo. Se cuentan por cientos los artículos y por decenas los libros publicados, tanto en las revistas más prestigiosas como en otras de reducida y/o casi inaccesible circulación, así como también empieza a aparecer el tema en materiales más informales (newsletters de sociedades científicas, por ejemplo) y en

Autores capitales en el tema consideran que la falta de registro, estudio y divulgación de información sobre la Depresión Materna constituye el “escándalo de la Psiquiatría del siglo XX”

algunos materiales dirigidos a la población general (Guía para la Mujer Embarazada, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2007).

Esto constituye probablemente una reacción de la comunidad científica a lo que autores capitales en el tema, como Brockington y Kumar, señalaban en 1982 en la apertura de su libro ya clásico “Maternidad y enfermedad mental”. Consideraban que la falta de registro, estudio y divulgación de información sobre la Depresión Materna constituía el “escándalo de la Psiquiatría del siglo XX”. De hecho, en el V Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia Psicosomática y Psicosocial realizado en 1980, ninguno de los cerca de 200 trabajos presentados se refirió a la depresión postnatal (Prill y Stauber 1982).

Sin embargo, grandes maestros de la Psiquiatría del siglo XIX como Esquirol y Marcé habían señalado la existencia de estos cuadros. En todas las épocas de la Psiquiatría han representado grandes proporciones de las internaciones psiquiátricas y tratamientos ambulatorios (Lemperiere 1984).

En la Grecia antigua, la asociación entre el parto y los trastornos mentales había sido establecida por Hipócrates en su libro sobre las Epidemias. Sin embargo, es recién en las últimas décadas que el tema cambia de registro y pasa a ser de interés en relación con una perspectiva más vinculada a la salud y a la Psicología del Desarrollo, es decir en definitiva, a la vida de las familias y las comunidades.

De la mano de la creciente preocupación que las sociedades occidentales dicen tener por los niños y las niñas y su evolución saludable, aparecen estudios que no sólo pretenden describir los sufrimientos de los niños en relación a situaciones extremas de maltrato, guerras, violencia familiar o abuso sexual, sino a elementos menos tangibles y visibles, pero quizás más insidiosos en su presencia y sus efectos. Así, el retardo del desarrollo, los problemas de nutrición, los problemas cognitivos y escolares (con la presencia estelar de la hiperactividad y el déficit atencional) abren el espectro de preocupación de las comunidades científica y lega sobre lo que les pasa a “éstos, nuestros niños” y ya no sólo a “aquellos otros” niños muy lejanos de la realidad cotidiana de la gente común.

De esta forma, estamos observando como la depresión materna sale del terreno de la locura, lo ajeno y lo extraño, para adquirir una preocupante dimensión de cercanía y cotidianeidad.

Si se habla (como lo hace actualmente la OMS) de 10 a 15% de prevalencia en el mundo en el primer año luego del nacimiento del hijo*, la mirada ya no puede ser en lontananza sino que obligatoriamente hay que mirar al

Existen diferencias en la ubicación conceptual del cuadro de depresión materna

Diversos autores no dudan en señalarlo como una enfermedad específica

El Diagnostic and Statistic Manual (DSM-IV-R) simplemente establece que se trata del “inicio en el período postparto” de una depresión

costado, a los vecinos, conocidos, a la familia y a uno mismo como madre o padre.

Estamos refiriéndonos, entonces, ya no a un fenómeno normal y evolutivo (depresión normal en las primeras semanas del postparto) ni a cuadros psicopatológicos de muy baja prevalencia (psicosis puerperal). El tema que nos preocupa es una situación de vida de muchísimas mujeres, por el cual durante el primer año de vida del niño, transitan lo que los técnicos denominan “depresión” y que ellas viven como un sufrimiento que les impide disfrutar de su hijo, de la experiencia de la maternidad y, por ende, de la experiencia vital y revitalizante de la crianza durante los primeros meses.

EL PROBLEMA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

A la hora de su clasificación, así como la ubicación conceptual dentro de la Psicopatología, la Psiquiatría y las otras disciplinas vinculadas a la salud mental y desarrollo del niño, existen diferencias y por ende problemas.

Diversos autores y autoridades sanitarias vinculados a la temática (Pitt 1968, Cox 1979, Brockinton y Kumar 1982, Cramer, 1992) provienen de la psiquiatría y, si bien difieren sustancialmente tanto en la clasificación nosográfica como en las consideraciones causales, no dudan en señalarlo como una enfermedad que merece ser detectada, diagnosticada y tratada.

La discusión aún vigente en este terreno es si se trata de una entidad en sí misma, o si es una depresión que nada tiene de especial respecto a las demás y que, coincidentemente, se da en el primer año después del parto.

El reflejo más dramático en sus consecuencias de esta última posición (no es una entidad en sí misma) es el hecho de que el Diagnostic and Statistic Manual en su cuarta versión (DSM-IV R), considerada la “biblia de las clasificaciones” y fundamento formal de todas las acciones terapéuticas que el Estado o las aseguradoras están obligados a tomar, no lo considera un cuadro en sí mismo. Simplemente establece que se trata del “inicio en el período postparto” de una depresión, para la cual se prevén las mismas medidas que para otras: medicación y/o psicoterapia de tipo cognitivo-conductual o interpersonal, ambas de demostrada eficacia, eficiencia y efectividad según estudios muy reconocidos llevados adelante por el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, EEUU).

Esta postura ha levantado un clamor creciente no sólo entre los psiquiatras sino entre los representantes de las múltiples profesiones que están en contacto con el problema y que son, en definitiva, los que realizan la mayoría de las investigaciones de campo y producen la mayor parte de los

El Índice de Clasificación de Enfermedades de la OMS (ICE-10) lo considera un cuadro en sí mismo y extiende el concepto de postparto a todo el primer año

Se consideran generalmente agravantes las condiciones de vida extremadamente difíciles de las mujeres en el período concomitante a ese primer año del hijo

trabajos publicados: pediatras, psicólogos/as, trabajadores sociales, enfermeras y trabajadores comunitarios. (Un dato interesante complementario es que la mayoría de quienes realizan estas investigaciones son mujeres).

La posición opuesta -es una entidad en sí misma- es liderada por B. Cramer (1993), uno de los creadores de las terapias madre-bebé y una figura capital de las noveles disciplinas de la Psiquiatría Perinatal y Psiquiatría (o Salud Mental) del Lactante. Basándose en estudios epidemiológicos, clínicos y de “prueba terapéutica” (la aplicación eficaz de un tratamiento que confirma el diagnóstico presuntivo) plantea que se trata de un cuadro psicopatológico en sí mismo, directamente vinculado a las condiciones de vida en ese período de especial vulnerabilidad, el cual requiere tanto un diagnóstico diferencial como un abordaje específico. De hecho, el Índice de Clasificación de Enfermedades de la OMS (ICE-10) lo considera un cuadro en sí mismo y extiende el concepto de postparto a todo el primer año.

Además de las dificultades que rodean al postparto, se consideran generalmente agravantes las condiciones de vida extremadamente difícil de las mujeres en el período concomitante a ese primer año del hijo. Es importante aquí distinguir entre condiciones de vida generales en que se hallan la madre y el niño (pobreza extrema, situación de calle, exclusión social, desempleo crónico, desnutrición, etc.), de aquellas que constituyen un hecho actual y de gravedad en la vida de la mujer (muerte o enfermedad grave de otro hijo o familiar muy cercano, enfermedad grave o riesgo de muerte de ella misma, situación grave de humillación o pérdida de autoestima concomitante en el tiempo, etc.).

En el primer caso (condiciones de vida extremas), se hace muy difícil determinar si se trata realmente de lo que denominamos Depresión Materna o un cuadro crónico, precedente y persistente, que los autores provenientes del área de la salud mental comunitaria insisten en denominar “desmoralización” o “indefensión adquirida” en vez de “depresión” para evitar la estigmatización de grandes proporciones de la población como pacientes psiquiátricos con el consiguiente efecto de deslindarse de toda responsabilidad social frente a las causas de dicha realidad psicosocial (Bernardi y cols 1996). En estos casos, el hecho de tener un nuevo hijo es, en algunas personas, un intento de rescatarse buscando una fuente sustitutiva de afecto y de sentido en la vida (Lerner y cols 1967). En otros casos, el embarazo llega como un hecho más de la vida que se recibe y tolera pasivamente, sin amor ni repudio. Le falta la carga afectiva que no puede dar quien no la tiene ni para sí mismo (Videla 1984).

En los grandes sistemas de clasificación (DSM, ICE), la depresión materna o depresión postparto no constituye una categoría en sí misma

Esta ausencia acarrea relevantes consecuencias a la hora de la prevención y la asistencia

Se establece claramente la distinción con el “baby blues” o depresión postparto normal, definida como una crisis evolutiva de recuperación espontánea con la ayuda de un soporte social adecuado

Es importante tener en cuenta que los estudios con estos grupos poblacionales arrojan cifras como 38% (Poó y cols 2008) o 53% (J. Cox y cols 2008) en la prevalencia de depresión.

En el segundo caso (agravante especial en la historia de vida de la mujer), nos encontramos ante la presencia visible (y, por lo tanto, diagnosticable) de una noxa real observable o de valor simbólico que ha detonado un proceso de depresión “de novo”, lo cual constituye la esencia del cuadro y en lo cual reside, también, la esperanza de su resolución, si es adecuadamente detectado, diagnosticado y tratado (Green 1984, Cramer 1992, Lebovici 1993).

EL PROBLEMA DE LA CLASIFICACIÓN NOSOGRÁFICA

Si bien las clasificaciones nosográficas de la depresión y sus diferentes formas son bien conocidas y ocupan un lugar de relevancia en los grandes sistemas de clasificación (DSM, ICE), la depresión materna o depresión postparto no constituye una categoría en sí misma. Esto se inscribe en el contexto de que el puerperio es siempre el gran olvidado.

Esta ausencia acarrea relevantes consecuencias a la hora de la prevención y la asistencia, especialmente si se piensa en abordajes poblacionales. Por un lado, se dificulta la instrumentación de programas asistenciales cubiertos por los sistemas nacionales o seguros de salud, quedando englobada la depresión materna en la categoría de depresión y no imponiéndose una pauta diferencial de tratamiento. Por otra parte, se favorece su categorización como un fenómeno psicopatológico individual y no un problema situacional donde tanto la familia como el entorno más amplio están directamente implicados, tanto desde el punto de vista causal como en el abordaje.

Otra consecuencia relevante es que bajo el rótulo de “depresión materna”, “depresión postparto” o “depresión postnatal” se engloban una serie de cuadros de variada entidad, duración, causalidad y pronóstico. Se establece claramente la distinción con el “baby blues” o depresión postparto normal, definida como una crisis evolutiva en el tránsito hacia la maternidad, con un fuerte componente hormonal, una prevalencia que puede rondar en el tramo del 50 al 80% y una recuperación espontánea con la ayuda de un soporte social adecuado. Se diferencia también claramente de la psicosis puerperal, definida como una psicosis delirante aguda, de inicio precoz luego del parto y una prevalencia de 1-3 por mil.

Chaudron y cols (2007) describen el problema en estos términos: “El término depresión postparto es un término usado en la literatura y en la

Se diferencia también de la psicosis puerperal, definida como una psicosis delirante aguda, de inicio precoz luego del parto

Muchos aspectos de la depresión postnatal coinciden con el estado de ánimo depresivo sin embargo, varios de estos elementos corresponden a las reacciones durante el puerperio normal

práctica clínica para describir un rango de síntomas y síndromes depresivos que pueden experimentar las mujeres luego de tener un hijo. Existe todo un debate para determinar si se trata de un trastorno con un diagnóstico propio. A la fecha, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR no lo reconoce como un diagnóstico por sí mismo pero utiliza la expresión “inicio en el postparto” como un elemento específico dentro del cuadro de la depresión mayor para explicar tanto el contexto como el límite temporal (4 semanas después del parto) en el cual se presenta la depresión. En la práctica clínica, así como en muchas investigaciones, la definición del DSM-IV-TR es vista como demasiado estrecha tanto en su concepto de “inicio en el postparto” aplicado sólo a trastornos mayores (depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno psicótico de corta duración) como en la limitación de tiempo al período postparto. Muchos estudios definen “postparto” como un mínimo de tres meses y un máximo de un año luego del parto; asimismo, incluyen un rango de severidad de síntomas depresivos.

Currie y Rademacher (2004) discuten las dificultades diagnósticas que se plantean a la hora de hacer una valoración nosográfica, pues el DSM-IV no lo plantea como una entidad diferente del trastorno depresivo mayor y, en efecto, muchos aspectos de la depresión postnatal coinciden con aquél: estado de ánimo depresivo, falta de placer o interés, alteraciones del sueño, irritabilidad, ansiedad, pérdida de peso, falta de energía, agitación o disminución de la actividad psicomotriz, sensación de desborde, sentimientos de minusvalía o culpa inadecuados, disminución de la concentración, dificultad para tomar decisiones, pensamientos basados en la muerte y el suicidio.

Sin embargo, varios de estos elementos corresponden a las reacciones durante el puerperio normal, especialmente la sensación de desborde, la falta de energía, el sentimiento de culpa exagerado y (notablemente) la falta de sueño, lo cual ha llevado a cuestionar el uso de instrumentos estándar como el Inventario de Beck para evaluar la depresión materna.

Pese a quedar claramente separada de esos dos extremos claros, lo que se denomina depresión postnatal, postparto o materna entra en un territorio amplio, donde la denominación de “depresión materna” pasa casi a ser un neologismo que engloba desde episodios depresivos de escasa entidad hasta depresión mayor, pasando por la referencia a riesgos de depresión pero haciendo la salvedad de que no se trata de diagnósticos nosográficos.

Los diferentes estudios describen la llamada “depresión materna” como: depresión neurótica postparto atípica (Pitt 1968), síntomas depresivos leves y breves (Wrate y cols 1985), estado de ánimo depresivo/sintomatología

La denominación de “depresión materna” engloba una amplia gama desde episodios depresivos de escasa entidad hasta depresión mayor

Los desarrollos psicoanalíticos han puesto un creciente énfasis en el lugar capital de la madre (o quien cumpla esa función) en el desarrollo y salud mental del niño

depresiva (Edhborg y cols 2001), síndrome depresivo materno (Da Luz y cols 1996), síntomas depresivos (Risco y cols 2002), sintomatología depresiva (Seguin y cols 1999), depresión relacionada al nacimiento (Cramer 1993), malestar indicativo de depresión, riesgo de depresión (Thorpe y cols 1991), depresión leve a moderada, síntomas depresivos (Tavares y cols 2006), síntomas depresivos maternos (Bartlett y cols 2004), stress parental y síntomas depresivos (Heneghan y cols 2004), rango de síntomas y síndromes depresivos (Chaudron y cols 2007), depresión mayor (Olson y cols 2006), trastornos del humor postnatales, depresión mayor postnatal (Currie y cols 2004), depresión materna (Kabil y cols 2008), trastorno depresivo (Stein y cols 2001), trastorno depresivo mayor (Jaime y cols 2006), depresión parental (Gunlicks y Weissman 2008).

Ha empezado incluso a hablarse de depresión paterna postparto, comenzando a estudiarse y procurarse instrumentos de detección adecuados (Madsen y Juhl 2007).

LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL Y PSICODINÁMICA

A partir de los planteos pioneros de Helene Deutsch (1951) se han señalado las confluencias entre narcisismo y maternidad, consagrados en su famosa frase “El amor maternal es la forma más altruista de amarse a uno mismo”. Plantea también la necesidad de una cierta capacidad de renuncia y entrega (que denominó masoquismo normal en la mujer). Desde entonces la psicología de la maternidad ha visto correr ríos de tinta, con mayor y menor fortuna para las mujeres sobre las cuales se ha hablado.

Los planteos psicoanalíticos sobre el desarrollo de la mente humana han puesto un creciente énfasis en el lugar capital de la madre (denominada así más a allá de quien sea la persona real que cumple esa función) en el desarrollo y salud mental del niño, lo cual resulta en la actualidad reafirmado por los descubrimientos de las neurociencias sobre el desarrollo temprano del cerebro (Schoore 2001).

La divulgación de estos conocimientos ha llevado a un aumento de la culpabilización de las mujeres, estableciendo una brecha cada vez mayor entre la realidad de la maternidad en los contextos de vida y dificultades cotidianas en que ella ocurre, por un lado, y un ideal cada vez más elevado sobre lo que constituye un imaginario colectivo sobre la maternidad, que la idealiza, por otro (Giberti, 1981, Badinter 1982, Defey 1994-6).

A partir de los primeros aportes de K. Horney (1967), surge una perspectiva situacional de la maternidad que la conceptualiza como un hecho psicosocial en el cual aquella a quien denominamos madre emerge como el

La divulgación de estos conocimientos ha llevado a un aumento de la culpabilización de las mujeres

A partir de los primeros aportes de K. Horney, surge una perspectiva situacional de la maternidad que la conceptualiza como un hecho psicosocial

Es necesario contraponer la maternidad ideal y virtual a la maternidad real

lado visible (y vulnerable) de un hecho psicosocial complejo que se sostiene por el aporte sostenido de muchos actores. Esto permite comprender la depresión materna en una mirada que se aleja de una perspectiva nosográfica que estudia a la madre como portadora de una psicopatología para centrarse en una percepción que comprende dinámicamente un fenómeno que se gesta muchas veces a la vista de todos pero bajo la mirada de nadie, bajo la condena de muchos y la comprensión de muy pocos o nadie (Defey, 1997).

Es necesario contraponer la maternidad ideal y virtual a la maternidad real (Videla 1984, Purves 1990). En la primera, no existen sentimientos encontrados hacia los hijos, la madre de buena gana posterga sus deseos y necesidades personales en aras del bienestar de sus hijos, que constituyen su fuente fundamental de gratificación y definen su identidad junto con la formalización de la vida en pareja (la Sra. de..., la mamá de....). Por otra parte, las madres reales se ven agobiadas no sólo con las exigencias de una vida cotidiana cada vez más difícil (cualquiera sea la clase social a la que se pertenezca) sino por transitar un momento histórico que les exige una doble identidad de madres y mujeres independientes. A esto se suma la exigencia emocional que implica la crianza de uno o más niños pequeños (Cramer y Palacio-Espasa 1993).

Se ha planteado por parte de quienes han profundizado en el tema que la verdadera y profunda resistencia a detectar la depresión materna y su escandalosa prevalencia reside en lo que se ha descrito como la Idealización de la Maternidad, fenómeno característico de nuestras culturas. Ésta tiene raíces profundas y puede entenderse desde diferentes perspectivas. En una mirada intuitiva, diríamos que la especie defiende su supervivencia poniendo en nuestras mentes ideas maravillosas sobre la maternidad. Desde una perspectiva psicodinámica, la negación de los riesgos y sinsabores inherentes a la maternidad genera una ilusión de bienestar que invita a nuestro narcisismo a producir seres similares a nosotros que nos hagan olvidar nuestra finitud. Desde una comprensión antropológica, la mortalidad materna es un hecho que ha acarriado el final de la vida de millones de mujeres en la historia de la humanidad –y lo sigue haciendo en muchas culturas no tan lejanas–, lo cual es un sello que colectivamente intentamos borrar a fin de preservar nuestra existencia y nuestras culturas. En un sentido más profundo, podríamos decir que nos resulta demasiado doloroso pensar que hubiéramos podido ser nosotros parte de las estadísticas de aborto o, simplemente, haber logrado nacer pero sin llenar de alegría a nuestros padres con nuestra llegada (Defey 2009).

Antecedentes de investigación

Antecedentes de investigación

Los estudios pioneros de Pitt (1968) (que muestran la aparición de nuevos casos, no la prevalencia) presentan una incidencia de 11%, cifra que ha sido ampliamente confirmada por otros investigadores (Brockington y Kumar 1982). Su trabajo buscó comparar el estado mental de las mujeres en dos momentos y ver las modificaciones entre uno y otro (28 semanas de embarazo y seis semanas del postparto). Los criterios exigían que fuera una sintomatología depresiva de una severidad importante, que fuera no pre-existente, que hubiera comenzado luego del parto y que durara más de dos semanas.

En su abarcativo texto, Brockington y Kumar (1982) citan como extremos en los estudios de prevalencia la investigación de Tod (1964) que muestra un 2.9% y la de Meares y cols (1976), que muestra un 16%. Otras cifras son 10.7% (Nilsson y Almgren 1970), 7% (Dalton (1971), 15% (Oakley 1980), 17% (Paykel y cols 1970), 10% (Playfair y Gowers 1981), 12% (Kumar and Robson 1978).

La forma de evaluar la prevalencia es fundamental. Como se señala en otro lado en este trabajo, las escalas comunes para medir la prevalencia de depresión como la de Beck no resultan adecuadas (la dificultad para dormir, por ejemplo, que es considerada un signo típico de las depresiones y es normal en las puérperas por razones totalmente alejadas de la depresión). Así, Séguin (1999) encuentra 38% de prevalencia lo cual resulta similar a estudios en iguales condiciones.

En una revisión reciente, Heneghan y Cols (2007) refieren que para las mujeres de entre 15 y 44 años, la depresión es la primera causa de afección de la salud en el mundo. Señalan que entre 8 y 12% de las mujeres sufren de depresión postparto (definida como un término global que abarca un amplio rango de síntomas y síndromes depresivos) pero un número dos veces mayor puede presentar síntomas depresivos marcados. La prevalencia se ve aumentada en mujeres con hijos pequeños, con más de un hijo o con dificultades económicas.

LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y EMPÍRICAS

La investigación empírica sobre los efectos de la depresión parental sobre los hijos surge en los últimos años luego de varias décadas de estudios epidemiológicos en que se buscó, sobre todo, el riesgo de patología psiquiátrica en hijos de padres que presentaban algún tipo de trastornos, en especial esquizofrenia, depresión y cuadros maníaco-depresivos. Aparecía entonces una visión ominosa de las perturbaciones que implicaba ser hijos de padres esquizofrénicos, las cuales aparecían sobrepasadas por las

La forma de evaluar la prevalencia es fundamental, las escalas comunes para medir la prevalencia de depresión como la de Beck no resultan adecuadas

La investigación empírica sobre los efectos de la depresión parental sobre los hijos surge en los últimos años

El cuadro clínico que se describe en el niño es típicamente de trastorno del comportamiento, hiperactividad, déficit atencional y las consiguientes dificultades en el desempeño escolar

Los elementos más perjudiciales para el niño serían la frecuencia de síntomas depresivos, lo agudo de los accesos de descompensación, la cualidad bi-polar de los cuadros y las hospitalizaciones (sobre todo de la madre).

Una visión clínica jerarquiza los síntomas del niño como una forma de luchar contra su propia depresión pero también como intentos de revitalizar a la madre.

consecuencias de tener padres depresivos (Guedeney 1989). Aparece en 1971 una noción hasta entonces inconcebible: la depresión en el niño. Estudios citados reiteradamente (como el de Weissman 1987) presentan el triple de riesgo de patología psiquiátrica en los hijos de padres deprimidos.

N. Guedeney (1989), realizando un relevamiento de los trabajos sobre repercusiones en el hijo, demuestra que la frecuencia de síntomas depresivos, lo agudo de los accesos de descompensación, la cualidad bi-polar de los cuadros y las hospitalizaciones (sobre todo de la madre) aparecen como los elementos más perjudiciales para el niño. El cuadro clínico que se describe en el niño es típicamente de trastorno del comportamiento, hiperactividad, déficit atencional y las consiguientes dificultades en el desempeño escolar.

Una visión clínica de estos datos epidemiológicos jerarquiza los síntomas del niño como una forma de luchar contra su propia depresión pero también como intentos de revitalizar a la madre. Estas reacciones fueron inicialmente adaptativas y ahora, al ser el niño un poco mayor, le generan –paradójicamente– problemas adaptativos como la hiperactividad o el déficit atencional. Aparecen con frecuencia perturbaciones somáticas y parece haber en estos niños una especial protección contra las alteraciones psicóticas. En relación al rendimiento intelectual, sus niveles intelectuales son muchas veces superiores al de los niños sin estos antecedentes.

Los estudios pioneros de Cohn y Tronick (1978, citado en Marcelli 1999) sobre el “still face” (rostro impávido) mostraban el efecto devastador que tenía sobre un niño de pocos meses el hecho de que la madre se mantuviera inexpresiva durante algunos minutos, sin responder a sus solicitudes ni demostrar afecto alguno, ya fuera de signo positivo o negativo. El niño mostraba diferentes reacciones que iban desde aumentar sus solicitudes intentando obtener respuesta hasta mostrar una cierta desestructuración de su conducta o replegarse, derrotado en sus intentos de comunicación.

Brockington describió en 1988 los problemas de la relación madre-hijo temprana, considerada fundamental para el desarrollo del niño, fundamentalmente por la necesidad imperiosa para éste de que la madre desarrolle lo que Winnicott (1956) llamó “preocupación materna primaria”. En ese sentido, el notable estudio experimental del grupo de investigación de Poitiers, presentado por Marcelli (1999), ofrece la evidencia empírica que sustenta punto por punto las conclusiones clínicas de A. Green en sus estudios sobre el complejo de la madre muerta. Los niños/as cuyas madres sufren una depresión en el primer año postparto, evaluados entre los 6 y los 15 meses, demuestran niveles superiores a los controles en escalas de

Las repercusiones sobre el niño, pueden partir de dificultades de la madre en conducir los cuidados y crianza adecuados

También pueden partir de una excesiva carga afectiva o, por el contrario, conductas intrusivas basadas en su inseguridad, ambivalencia o intentos de compensar lo que percibe como carencias en su capacidad de maternaje

comunicación social precoz, siendo lo más interesante el análisis detallado de sus características comunicacionales. Los niños tienden a permanecer en cierto aislamiento y, a la mínima solicitud, responden en forma marcada, mostrándose sonrientes, lúcidos y altamente interactivos frente al adulto. Si bien parecen ávidos una vez que se ofrece la interacción, son incapaces de generarla por sí mismos.

El mismo grupo de investigación (Marcelli 1999) complementa estos resultados con un estudio de observación directa de la interacción a las 8 semanas del lactante, comparando con escalas las reacciones de los bebés de 15 madres no deprimidas con 12 bebés de madres deprimidas. Los bebés de madres deprimidas dirigen a su madre miradas más intensas, más fijas y más durables, pero se observa una desincronización entre madre e hijo que hace que sean menos frecuentes los momentos de encuentro entre ellos. Aparece en el lactante un aumento significativo de inquietud y momentos de retracción, describiéndose entonces una interacción paradójica, con bebés “serios” que están muy atentos a su madre pero demuestran poco placer en la interacción, apareciendo escasamente lo que D. Stern (1998) ha llamado “afectos vitales”. Describen dos fases de reacción del bebé a la depresión materna: a) al inicio, un bebé “perfecto” que alterna el estar hipervigilante, muy lúcido, respondiendo a las solicitudes, o que se mantiene silencioso y no molesta; b) a los 15-18 meses, un niño inestable, fácilmente alterado y que presenta algún tipo de retardo del desarrollo, con alteraciones somáticas.

La diversidad de estudios sobre la temática muestran las repercusiones sobre el niño, las cuales pueden partir tanto de dificultades de la madre en conducir los cuidados y crianza adecuados, como de una excesiva carga afectiva o, por el contrario, conductas intrusivas basadas en su inseguridad, ambivalencia o intentos de compensar lo que percibe como carencias en su capacidad de maternaje (Wrate y cols 1985, Currie y Rademacher 2004).

Caplan y cols (1986) han descrito el impacto sobre el desarrollo cognitivo del niño y hallando repercusiones significativas a nivel de déficit intelectual.

Weissman y cols encontraron ya en 1972 que tres de cada cuatro niños cuyas madres habían estado internadas por depresión sufrían trastornos emocionales.

Richman y cols (1975) y Richman (1977) notaron alteraciones comportamentales en los niños/as cuyas madres tenían depresiones de menor severidad, estando el grado de perturbación en relación con la duración de la afección materna. Murray (1992) halló diferencias

Los estudios a largo plazo muestran retrasos en el desarrollo con un aumento por 12 de riesgo de alteraciones severas a nivel cognitivo, conductual y del aprendizaje

Se relata también un mayor riesgo de accidentes, disminución de la talla y mayor riesgo de maltrato

significativas entre hijos de madres deprimidas y no deprimidas a los 18 meses evaluando a los niños con la escala de Bayley. Estas repercusiones no se mantienen a la edad de 5 años.

Edhborg y cols (2001), estudiando el impacto a largo plazo de la sintomatología depresiva de las madres sobre la interacción madre-hijo y el apego entre ambos, tomaron una muestra de 45 madres suecas con puntajes altos (más de 12 puntos en la escala de Edimburgo) o bajos (menos de 9 puntos) a los dos meses postparto y las filmaron en la interacción con sus hijos a los 15-18 meses de éstos. Aparecieron asociados a la depresión materna tanto la capacidad atencional de los niños como el apego inseguro, con representaciones mentales sobre las interacciones como menos disfrutables, efectos que persistían aún después de superada la depresión en la madre.

El grupo de investigación coordinado por Tiffany Fields en la Universidad de Miami ha producido numerosos trabajos sobre el tema. En un estudio (Lundy y cols 1997) comparando las reacciones de 24 niños de 10 meses con proporciones iguales de hijos de madres deprimidas y no deprimidas, se observó la reacción de los niños a un estímulo de expresión facial y vocalización tanto felices como tristes. Los hijos de madres deprimidas tuvieron menor concordancia entre sus respuestas y estímulo feliz/triste, a la vez que tendieron a dirigir más la mirada al estímulo de expresión y vocalización tristes.

Los estudios experimentales muestran que las madres deprimidas vocalizan menos, con un tono más monótono y se dirigen menos al niño. Esto, junto con niveles disminuidos de actividad y de tono emocional, menos juego y actitudes más hostiles y críticas respecto al niño, pueden repercutir en el futuro desarrollo cognitivo y del lenguaje. Se observa también que el niño vocaliza menos y tiende a presentar expresiones de enojo o tristeza. Éste encuentra más difícil motivar a la madre para interactuar con él, ya que no la haya disponible ni siente que haya una respuesta a sus conductas. Esto le vuelve más irritable y menos curioso e interesado en las otras personas u objetos, dada la experiencia de frustración en la interacción con su madre.

Los estudios a largo plazo muestran retrasos en el desarrollo con un aumento por 12 de riesgo de alteraciones severas a nivel cognitivo, conductual y del aprendizaje. Se relata también un mayor riesgo de accidentes, disminución de la talla ("failure to thrive" o enanismo psicógeno) y mayor riesgo de maltrato. En una visión global, puede decirse que la depresión materna puede funcionar como mecanismo de transmisión transgeneracional de psicopatología (Currie y Rademacher 2004). Se ha

En una visión global, puede decirse que la depresión materna puede funcionar como mecanismo de transmisión transgeneracional de psicopatología (Currie y Rademacher 2004)

En la Universidad Católica de Pelotas, (Rio Grande do Sul) 24.6% mostraron puntajes significativos en la escala de Hamilton

descrito también un aumento de la vulnerabilidad del niño a las afecciones somáticas (Debray 1987, Kreisler 1993).

A partir de estos estudios que muestran segmentos de conducta, se ha buscado evaluar aspectos más complejos, especialmente el apego madre-hijo, que se ha demostrado como predictor de las relaciones de apego que establecerá luego el niño en la vida adulta (apego adulto). Muchos estudios muestran repercusiones en ese nivel, especialmente en la asociación entre apego inseguro y depresión materna.

Rosenblum y cols (1999), por ejemplo, hallan niveles significativamente mayores de apego inseguro ambivalente y, si bien la diferencia no alcanza a niveles de significatividad, encuentran una relación entre el tipo de depresión materna y el tipo de apego inseguro. Describen más apego inseguro evitativo en los hijos de madres cuya depresión las hace más retraídas y desvitalizadas, situación que explican clínicamente como un niño que aprende a cuidarse solo en ausencia de una adecuada capacidad materna de sensibilidad y respuesta a sus necesidades. El hijo de una madre deprimida que presenta una actitud marcada por la irritabilidad y la ansiedad presenta, por el contrario, un apego inseguro ambivalente, con el cual se acerca y aleja de la madre como modo de regular su exposición a los afectos intrusivos.

Golse (2001), citando el concepto de sintonía afectiva desarrollado por D. Stern, describe el daño generado en el vínculo como una espiral psicopatológica autoagravante que desorganiza el juego interactivo y amenaza el equilibrio anímico o emocional de los protagonistas (madre y bebé) y de la interrelación misma.

ALGUNOS ANTECEDENTES DE ESTUDIOS EN LA REGIÓN

Un estudio en un área geográfica con afinidades culturales con Uruguay es el que se encuentra en curso en el Programa de Pos-Graduación en Salud y comportamiento de la Universidad Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil) a cargo de varios grupos de investigación de maestrandos coordinados por R. Azevedo da Silva (Duarte y cols. 2006, Curra y cols. 2006, entre otros). Este conjunto de estudios ha captado 1981 jóvenes, de los cuales 1339 ya han sido estudiados, buscando evaluar sus comportamientos de salud. En la muestra global, aparecieron 12.3% con episodios depresivos mayores y 8.4% con antecedentes de episodio depresivo pasado.

En Chile, Risco y cols (2002) encontraron 23.2% (E. Hamilton) y 33.5% (E. Edimburgo)

Programa Docente en Comunidad, Facultad de Medicina (Da Luz y cols, 1996) encontraron puntajes menores en adolescentes

En un estudio específico de mujeres que transitaban el período postnatal en noviembre de 2008, las cifras (estudio aún no publicado) mostraban que, en un grupo de 803 mujeres, si bien sólo 3.3% reportaban sufrir algún tipo de afectación psicológica o psiquiátrica, 24.6% mostraron puntajes significativos en la escala utilizada. Sólo 1.7% recibían algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico y 2.1% habían sido hospitalizadas por motivos psiquiátricos o psicológicos. Por otra parte, 36.7% refirieron la existencia de algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico en la familia. Si bien no se reporta la asociación con el estado psicoemocional, se informa que 74.4% de estas mujeres conviven con sus parejas y 80,6% perciben recibir un soporte social efectivo. En relación a sucesos estresantes aparecen valores similares de ausencia de los mismos, presencia leve o relevante. El nivel socioeconómico de la muestra cubre las diferentes clases sociales: alto 11,2%, medio 53,65% y bajo 35,2%.

En Chile, Risco y cols (2002) realizando un estudio prospectivo evaluaron 103 mujeres en el tercer día postparto en dos hospitales de Santiago, utilizando escalas de Graffar, Hamilton y Edimburgo. De ese número inicial, se realizó una nueva evaluación a las 12 semanas, siendo las cifras de esta muestra más acotada las siguientes: en la primera evaluación, se hallaron 4.6% mujeres con depresión de acuerdo a la escala de Hamilton y 19% con la de Edimburgo; en la nueva evaluación a las 12 semanas, las cifras fueron 23.2% y 33.5%, respectivamente. La escala de Edimburgo resultó tener un valor predictivo para sintomatología depresiva a las 12 semanas.

Otro estudio en Chile (Jadresic y Cols. 1992); evaluaron a 108 mujeres durante el embarazo y a los 2-3 meses luego del parto. A la depresión del embarazo y/o parto se asociaron: sucesos vitales estresantes, consulta previa con especialista por problemas emocionales, surgimiento de dificultades económicas graves en el pasado reciente, dificultades en la pareja, problemas de relación con la propia madre y separación de personas significativas.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES NACIONALES

i. Programa Docente en Comunidad, Facultad de Medicina (Da Luz y cols, 1996)

El trabajo más distante en el tiempo, es una investigación de Da Luz y cols (1996), la cual se realizó en el marco del Programa Docente en Comunidad de la Facultad de Medicina con el apoyo de la Fundación Manuel Pérez y tuvo como marco el Centro de salud de Jardines del Hipódromo del MSP, el cual tiene como protocolo de sus tareas asistenciales evaluar el estado

psicoemocional de la madre a los diez días del parto, al mes y luego una vez por mes. La investigación tenía como objetivo contribuir al conocimiento de los aspectos psicosociales vinculados a lo que en aquel momento se denominó como embarazo y maternidad precoces en situación de pobreza en el Uruguay, así como evaluar las repercusiones de intervenciones interdisciplinarias pre y postnatales en el binomio hijo - madre adolescente. Se realizó un seguimiento de 73 binomios con madres primigesta en el período entre julio de 1991 y setiembre de 1993, siendo dos tercios madres adolescentes (divididas en aquellas que controlaron su embarazo en el Centro y las que no lo hicieron) y un tercio mayores de 20 años.

Los resultados en relación al ítem “estado emocional de la madre” revelaron que las madres adolescentes mostraron niveles similares de sintomatología depresiva, evaluados de acuerdo a la Escala de Hamilton, manteniéndose las medias del puntaje por debajo del punto de corte habitualmente empleado para trastorno depresivo (18 puntos). A los 6 meses, las madres adolescentes controladas desde el embarazo en el Centro de Salud de referencia obtuvieron puntajes significativamente inferiores al resto de las madres.

En relación a las madres que presentaron síndromes depresivos (puntajes iguales o mayores a 18), tampoco aparecieron diferencias significativas entre los tres subgrupos. Este cuadro se aprecia con mayor frecuencia en madres adolescentes a los tres meses y en las no adolescentes a los 9 meses.

Llamó la atención de los autores la variabilidad de los síntomas a lo largo del primer año luego del parto, independientemente de la edad de la madre y a pesar de las intervenciones del equipo multidisciplinario del Centro de Salud, respecto a lo cual señalan la dificultad de predecir el estado emocional de la madre en dicho período a partir de la evaluación del estado emocional al nacer el niño. Lo asocian a otros estudios que evalúan los avatares del apego en madres e hijos en situación de pobreza, con los cuales la exposición permanente a factores de estrés agudo, al que se suma el estrés crónico de la pobreza, expone a estas mujeres a exigencias emocionales que no se logra neutralizar con el soporte social habitual o las intervenciones específicas desde el sistema de salud.

En relación a la duración de la lactancia materna y su eventual asociación con la depresión materna, no se encontraron asociaciones significativas, siendo interesante señalar que, si bien no alcanza niveles de significatividad, aparece más frecuentemente el mantenimiento de la lactancia materna en las madres deprimidas.

Los autores señalan como dato significativo que, pese a la conocida vulnerabilidad emocional de la mujer en las primeras semanas luego del parto, los mayores niveles de depresión y ansiedad no disminuyeron luego del primer mes sino que aumentaron al final del primer trimestre del período postnatal. Plantean la hipótesis de que esto pudiera deberse a un debilitamiento del soporte familiar luego de los primeros momentos de la maternidad

(recordemos que se trataba de primigestas) y señalan la importancia de mantener la evaluación del estado psicoemocional de la mujer a lo largo de todo el primer año.

ii. Banco de Previsión Social

Se realizó en el año 2002 (Addiego y cols) un estudio en el marco de los Centros Materno-Infantiles y la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión social. Se aplicó la Escala de Edimburgo a todas las madres que concurrieron a los servicios durante el mes de junio de dicho año y cuyos hijos tuvieran entre 45 y 75 días, completándose un total de 57 madres. Aquellas madres que tuvieron un puntaje igual o mayor a 10 (14 madres) fueron entrevistadas con fines de captación para su posterior atención. Los puntajes obtenidos fueron: 66% inferior a 10, 29% igual o mayor a 10 y 5% mayor o igual a 12.

Banco de Previsión Social: 29% (punto de corte 10), 5% (punto de corte 12)

iii. Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina (González Piriz y cols 2008)

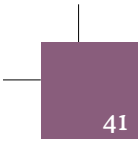
Estudiando 39 adolescentes captadas durante el embarazo y seguidas durante el primer año de vida, utilizaron entrevistas clínicas y aplicaron un cuestionario procurando detectar depresión en las madres. En aquellas en las que consideraron que había elementos de depresión, realizaron intervenciones terapéuticas breves y, según su observación y la aplicación de escalas, los niños mejoraron luego de esta intervención.

Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina (González Piriz y cols 2008): con intervenciones terapéuticas breves, los niños mejoraron

iv. Escuela de Parteras, Facultad de Medicina (Berruti 2009)

En calidad de trabajo de egreso para la obtención de su título de Obstetra Partera, Vanessa Berruti tomó como muestra 154 madres en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo), teniendo como metodología la aplicación de la Escala de Edimburgo (evaluada con un punto de corte de 12) y un cuestionario ad-hoc. Del total de 142 encuestas válidas, encontró una prevalencia de 18.3% de depresión materna en el primer año. Estos resultados se asociaron: la edad (a mayor edad, más depresión), nivel educativo (a mayor nivel, mayor depresión), número de hijos (más de dos), cesárea, antecedentes personales de depresión, el no tener pareja o tener conflictos en la pareja y dificultades de vivienda. Discute la relación de algunas de estas variables con la condición de pobreza de las madres.

Escuela de Parteras, Facultad de Medicina (Berruti 2009): 18.3% (Edimburgo) en sectores pobres



Diseño metodo lógico de la inves tigación

Diseño Metodológico de la Investigación

El universo de estudio quedó delimitado por las madres que controlan a sus niños en la capital del país y que se encuentran en el transcurso del primer año de postparto, excluyendo a las madres puérperas con menos de seis semanas de posparto

Población de estudio:

El estudio se realizó en la capital del país (Montevideo), en donde se encuentra más de la mitad de las mujeres y de los nacimientos del país.

De esta manera, el universo de estudio quedó delimitado por las madres que controlan a sus niños en la capital del país y que se encuentran en el transcurso del primer año de postparto, excluyendo a las madres puérperas con menos de seis semanas de postparto. Dicha exclusión se realizó con el objetivo de no sobreestimar la prevalencia de depresión posparto debido a la presencia de baby-blues⁵.

Con la información de la cantidad de nacimientos del año 2007 proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, se estimó que el universo de análisis es de alrededor de 22.000 mujeres⁶.

Tamaño de muestra:

Se decidió trabajar con un muestreo aleatorio en tres etapas y un tamaño de muestra de al menos 306 madres.

Este número es el que garantiza al menos un 95% de confianza y un margen de error máximo de 4% bajo un diseño muestral aleatorio simple.

La fórmula que se aplicó fue la siguiente:
$$n = \frac{Z^2 S^2}{E^2} = \frac{1.96^2 * 0.15 * 0.85}{0.04^2}$$

Donde:

Z= 1.96 indica que la estimación está realizada con un nivel de confianza de 95%.

S= desviación estándar de la población. Para estimarla se consideró una proporción de 0.15 considerando que la información que arrojan otras investigaciones establece que la depresión posparto es un problema de salud que afecta entre un 10 y un 15% de las mujeres a nivel mundial.

E= cantidad aceptable de error muestral o margen de error (tolerancia).

El diseño de muestreo finalmente aplicado es más eficiente que el muestreo aleatorio simple. Por tanto, el tamaño de muestra fijado como objetivo (306) permite estimaciones con menor varianza que las que surgirían de un

5- Se estima que el baby blues afecta entre el 50 y 80% de las puérperas, tiene un efecto transitorio y no necesita tratamiento. Esta depresión posparto, caracterizada por un fuerte componente hormonal es propia de las primeras semanas de postparto.

6- Con la última información disponible se sabe que durante todo el año 2007 nacieron en la ciudad de Montevideo un total de 24.051 niños. Considerando que la cantidad de embarazos múltiples es casi despreciable y asumiendo una distribución uniforme en las edades de los niños, se puede estimar que la cantidad de madres que en el año siguiente tienen niños con edades entre 1 y 12 meses es del orden de 22.000.

Se trabajó con un muestreo aleatorio en tres etapas y un tamaño de muestra de al menos 306 madres

Se definieron cuatro estratos de instituciones que intentan agrupar a las madres de acuerdo a su condición socioeconómica

muestreo aleatorio simple. En consecuencia, el nivel de confianza alcanzable es superior al 95%.

Las tres etapas del diseño de muestreo fueron:

Etapla 1. Selección de instituciones de salud;

Etapla 2. Selección de consultas pediátricas dentro de las Instituciones seleccionadas en la etapa anterior;

Etapla 3. Muestreo de las mujeres pertenecientes a la población de interés que asisten a las consultas seleccionadas en la segunda etapa de muestreo.

Este procedimiento permitió recabar información de 340 mujeres pertenecientes a la población de interés.

Etapla 1: Selección de instituciones de salud:

Para la selección de las instituciones de salud se utilizó un diseño estratificado a partir de la confección de un listado de instituciones que contenía información auxiliar sobre la cantidad de nacimientos en cada una de ellas en el año 2007⁷.

Se definieron cuatro estratos de instituciones, con lo cual se intenta agrupar a las madres de acuerdo a su condición socioeconómica:

1. en el estrato 1 se encuentran todas las instituciones de Salud Pública;
2. en el estrato 2 el Hospital Militar y el Policial;
3. en el estrato 3 se incluyeron las instituciones del sector mutual de Montevideo;
4. el estrato 4 comprende las instituciones correspondientes a seguros de atención de los estratos socioeconómicos más altos representados por los nacimientos ocurridos en el Hospital Británico⁸.

7- Información otorgada por la fuente oficial del país: Ministerio de Salud Pública (MSP).

8- Aquí tercerizan el servicio de internación los seguros de salud parciales más onerosos: Blue Cross, Summum y Medicina Personalizada (MP).

**Detalle de nacimientos de acuerdo a instituciones de salud
y clasificación de la población.**

INSTITUCIÓN	NACIMIENTOS 2007	ESTRATO
PEREIRA ROSELL	7603	1
HOSPITAL CLÍNICAS	1218	1
SANATORIO CANZANI BPS	2430	1
CENTRO SALUD CERRO	57	1
HOSPITAL MACIEL	66	1
HOSPITAL PASTEUR	11	1
HOSPITAL PEDRO VISCA	3	1
HOSPITAL VILARDEBÓ	2	1
HOSPITAL SAINT BOIS	25	1
PENITENCIARIO	4	1
HOSPITAL MILITAR	1106	2
HOSPITAL POLICIAL	541	2
HOSPITAL ITALIANO	921	3
SANATORIO AMERICANO	103	3
IMPASA	934	3
MÉDICA URUGUAYA	2041	3
CÍRCULO CATÓLICO OBREROS	547	3
ASOC. ESPAÑOLA	1685	3
CASMU	1970	3
HOSPITAL EVANGÉLICO	761	3
CASA DE GALICIA	734	3
HOSPITAL BRITÁNICO	1074	4
OTROS (*)	169	
TOTAL	24051	

(*) Dentro de la categoría “otros” se incluyen básicamente los nacimientos ocurridos en domicilios y centros de salud con menos de 15 nacimientos en el 2007.

Debido a sus tamaños, la muestra incluyó todas las Instituciones comprendidas en los estratos 2 y 4. En los estratos 1 y 3 se utilizó una fracción de muestreo de 1/3 y diseño de muestreo con probabilidad de inclusión proporcional al tamaño de la Institución médica medido a través de la cantidad de nacimientos en el año 2007.

Para el sorteo se tomó en cuenta que, si bien los nacimientos de Salud Pública ocurren principalmente en los Hospitales Pereira Rosell y Clínicas, éstos no tienen consultas de control

La muestra de instituciones resultante fue:

- Hospital Militar,
- Hospital Policial
- Hospital Británico
- Hospital Evangélico
- Médica Uruguay
- Asociación Española
- 4 centros de salud pública: Giordano, Piedras Blancas, Sayago y Cerro

El cuestionario fue aplicado en las salas de espera de las consultas pediátricas

de niño sano. Las mismas son realizadas en alguno de los 12 centros de salud públicos que existen en la ciudad de Montevideo: Misurraco, Maroñas, Piedras Blancas, Jardines del Hipódromo, Giordano, La Cruz de Carrasco, Maciel, Unión, Sayago, Monterrey, Centro del Cerro y Claveux. Por ello, en lugar de seleccionar a las Instituciones donde ocurren los nacimientos de los niños con cobertura pública de salud, se procedió a seleccionar los centros de salud donde luego estos niños son atendidos y controlados por médicos pediatras.

Es importante mencionar que en el año 2008 se implementa en Uruguay la reforma de salud, mediante la cual los niños que nacían en el Hospital Canzani a través del BPS, tienen el derecho de tener cobertura de salud mediante alguna de las mutualistas pertenecientes al estrato 3. Como consecuencia se decidió distribuir estos nacimientos de manera proporcional a la cantidad de nacimientos ocurridos en cada una de las mutualistas.

De esta forma, la muestra de instituciones resultante fue:

- Hospital Militar
- Hospital Policial
- Hospital Británico
- Médica Uruguay
- Hospital Evangélico
- Asociación Española
- 4 centros de salud pública: Giordano, Piedras Blancas, Sayago y Cerro.

El Hospital Evangélico y el Hospital Británico manifestaron dificultades para su participación. El Hospital Evangélico fue sustituido por Casa de Galicia. Se consideró que no había una Institución de similares características al Hospital Británico y por lo tanto el estrato 4 no quedó representado en la muestra final. A consecuencia de ello, la investigación no contiene información acerca de la prevalencia de depresión de las madres que se presume pertenecen al sector socioeconómico más alto de la capital del país.

Etapas 2: Consultas pediátricas dentro de las instituciones seleccionadas.

Para decidir dónde se iba a aplicar el cuestionario se evaluaron dos posibilidades: centros de vacunación o consultas pediátricas.

Las razones para realizar la investigación en consultas pediátricas en lugar de los centros de vacunación son las siguientes:

1) Trabajar con centros de vacunación no permitiría la estratificación de la población según condición socioeconómica pues éstos son de libre acceso

y en consecuencia los niños pueden ser vacunados en cualquier centro. Si se trabaja con centros de vacunación en lugar de consultas pediátricas se pierde la ventaja de la estratificación y ello no es deseable por las siguientes razones:

- el uso de una estratificación apropiada puede incrementar de manera significativa la eficiencia de la muestra (disminuir la varianza muestral);
- al crear estratos explícitos, se puede asegurar que ciertos subgrupos claves tendrán un tamaño de muestra suficiente para un análisis por separado y
- la creación de estratos permite el uso de diseños de muestra distintos para diferentes proporciones de la población.

2) Trabajar con centros de vacunación también sería desfavorable en los aspectos operativos de la investigación. A continuación se detallan las dificultades más importantes:

- mientras que la duración de las consultas pediátricas tiene un máximo de 3 horas, las jornadas de vacunación son mucho más extensas y podrían existir tiempos ociosos de los encuestadores al tener que esperar que aparezca una madre con un niño menor de un año.
- las consultas pediátricas tienen una periodicidad mayor que las vacunas que se les deben suministrar a los niños menores de un año.
- en las consultas pediátricas existen salas de espera y en general tiempo de espera hasta que las madres son atendidas por el médico, mientras que en los centros de vacunación puede ser más frecuente que no existan lugares adecuados para la aplicación de los cuestionarios y que las madres no tengan tiempos de espera en los cuales poder participar en la investigación.
- es más común que la madre delegue la tarea de llevar al hijo/a al centro de vacunación que a la consulta con el pediatra; en este caso, podría ser más costoso ir a buscar a un número mayor de madres para participar en la investigación.

3) En la revisión bibliográfica efectuada, casi no existen estudios realizados en centros de vacunación y son mayoritarios los efectuados en consultas pediátricas.

Para esta segunda etapa de muestreo se seleccionan 102 consultas pediátricas entre todas las consultas de las instituciones seleccionadas en la primera etapa. La duración media de las consultas es de 2 horas y dado que la aplicación de la escala de Edimburgo y del Cuestionario llevan alrededor de media hora, se entendió que asistiendo a 102 consultas se podría consultar a 3 madres (máximo 4) en cada una y con ello lograr el número objetivo de 306 madres que lleven a sus hijos menores de un año a las consultas pediátricas.

Para definir una consulta se consideraron las siguientes características: institución, sede, semana, día dentro de la semana y horario en el que figura cada consulta. De esta manera se

pudo considerar a cada consulta como única e irrepetible en el proceso de muestreo y a su vez se pudo controlar que las encuestas fueran realizadas en diferentes sedes y horarios.

A continuación se presentan las diferentes sedes que fueron consideradas en cada una de las Instituciones mutuales seleccionadas en la primera etapa del muestreo:

INSTITUCIONES MUTUALES	SEDES CONSIDERADAS
Casa de Galicia	Central Cerro La Coruña Lugo Parque Posadas Sanatorio
Asociación Española	Anexo Bulevar Policlínica I Policlínica II Policlínica III Policlínica IV
Médica Uruguaya	Cerrito Colón Malvín Alto Cerro Piedras Blancas Sede Central

La asignación del número de encuestas a realizar en cada una de las Instituciones se realizó de manera proporcional al tamaño de las Instituciones medido a través de la cantidad de consultas pediátricas existentes en cada una de ellas.

Dentro de cada Institución, la selección de la muestra de consultas pediátricas fue realizada mediante muestreo aleatorio simple sin reposición.

Etapas 3: Muestreo de las mujeres pertenecientes a la población de interés que asistieron a las consultas seleccionadas en la segunda etapa.

En la tercera y última etapa de muestreo se procedió a la selección de hasta cuatro madres de la población objetivo que asistieran a las consultas pediátricas seleccionadas en la segunda etapa. El único motivo por el cual una madre que integraba la población objetivo quedó excluida de la muestra fue su negativa a contestar la encuesta.

En la Encuesta Piloto se detectó que en ocasiones el número de madres que asistían a controlar a sus hijos menores de un año era muy reducido. Esto hizo que en ocasiones se

tuviera que entrevistar a la totalidad de las madres de la consulta, siempre y cuando éstas pertenecieran a la población objetivo (madre que llevara a su hijo/a a control y que el/la mismo/a tuviera entre 6 semanas y 1 año).

Por último, el Encuestador debía contar la cantidad de niños mayores a 6 semanas y menores a un año que efectivamente asistieron a cada una de las consultas seleccionadas. Este dato fue fundamental para el cálculo de los factores de expansión muestrales.

FACTORES DE EXPANSIÓN

El ponderador o factor de expansión de la muestra es el número de unidades de la población representado por cada miembro de la muestra.

Así, el ponderador muestral para una unidad de observación es siempre el inverso de la probabilidad de selección y las mismas surgen del producto de las probabilidades de selección de cada una de las tres etapas consideradas.

Cada unidad de muestreo “representa” un cierto número de unidades en la población, de tal forma que la muestra total “representa” a toda la población.

Para calcular la probabilidad de selección de cada una de las madres consideradas en la investigación se consideró el producto de los siguientes factores:

- **Peso de cada institución.** Para expandir la primera etapa de muestreo se consideró el peso de cada Institución seleccionada en cuanto a la cantidad de nacimientos ocurridos en el año 2007 en cada uno de los estratos definidos en esta investigación. A continuación se presentan dichos pesos:

ESTRATOS	INSTITUCIÓN	PESO
1	CENTRO CERRO	0,988
	GIORDANO	0,257
	PIEDRAS BLANCAS	0,520
	SAYAGO	0,368
2	HOSP. POLICIAL	1,000
	HOSP. MILITAR	1,000
3	ASOC. ESPAÑOLA	0,521
	CASA DE GALICIA	0,227
	MÉDICA URUGUAYA	0,631

Las instituciones fueron seleccionadas con probabilidades de inclusión proporcionales a los pesos de cada una. El Hospital Militar y el Policial tuvieron probabilidad de inclusión 1 pues, por el escaso tamaño del estrato, fueron incluidos de manera forzosa.

- Probabilidad de inclusión de cada una de las consultas seleccionadas.

Como las consultas fueron seleccionadas con muestreo aleatorio simple dentro de cada institución, su probabilidad resulta del cociente entre la cantidad de consultas muestreadas en cada una y el total de consultas pediátricas que informó tener cada una de ellas. A continuación, se presentan dichas probabilidades por estrato y por institución (Prob. Inc). También se presentan la cantidad efectiva de consultas a las que se tuvo que asistir para lograr la cantidad de madres requeridas en la investigación y la cantidad total de consultas consideradas en cada una de las instituciones seleccionadas en la muestra.

ESTRATOS	INSTITUCIÓN	MUESTRA	CONSULTAS	PROB. INC
1	CENTRO CERRO	18	531	0,034
	GIORDANO	9	198	0,045
	PIEDRAS BLANCAS	8	279	0,029
	SAYAGO	3	72	0,042
2	HOSP. POLICIAL	20	594	0,034
	HOSP. MILITAR	9	198	0,045
3	ASOC. ESPAÑOLA	27	864	0,031
	CASA DE GALICIA	12	324	0,037
	MÉDICA URUGUAYA	31	810	0,038
TOTALES		137	3870	

Recordemos que cada consulta está definida por la combinación de la institución, la sede, la semana, el día y el horario de la misma. El trabajo de campo se desarrolló en 8 semanas; por ello, la cantidad de consultas semanales que ofrece cada institución se multiplicaron por 8 para tener el total de consultas.

- Probabilidad de inclusión de cada madre. Para el cálculo de estas probabilidades, se consideró el cociente entre la cantidad de madres encuestadas en cada una de las consultas y el total de madres de la población objetivo que finalmente asistieron a cada una de las consultas a las que los encuestadores asistieron a realizar la investigación. Estas probabilidades varían de 0.25 a 1 dependiendo de cada consulta.

- Finalmente se tuvo en cuenta un cuarto factor en el que se consideró la edad del niño que iba a controlarse. Por recomendación del MSP, los niños deben ser controlados con frecuencia mensual hasta los 6 meses de vida y luego con frecuencia bimensual hasta el año. Esto provocó que las madres con hijos de 6 meses o menos estuvieran sobrerrepresentadas con respecto al resto, encontrando una relación del doble de madres con hijos menores a 6 meses que madres con hijos

Para evaluar la depresión materna se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS)

Luego del EPDS se aplicó un cuestionario que incluyó áreas temáticas que se consideraron de interés de acuerdo a referencias de trabajos nacionales e internacionales

Se firmó un acuerdo de trabajo entre el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) a través del Proyecto Desarrolla, el MSP, ASSE y la UdelaR, con la participación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y la Escuela de Parteras

mayores a 6 meses. Por ello, fue necesario incluir un factor que considerara la corrección por edad del niño/a de la siguiente manera: el factor vale 2 si la edad del bebé es menor o igual a 6 meses y 1 si la edad del bebé es superior a 6 meses.

De esta manera, los factores de expansión se calculan como el inverso de la probabilidad de inclusión resultante del producto de estos cuatro factores que se acaban de describir.

TRABAJO DE CAMPO

Para evaluar la depresión materna se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS)⁹ que fue auto-administrada por las mujeres, salvo que el entrevistador detectara dificultades en la comprensión del cuestionario o en la lectura en general y en estos casos fue administrada por el encuestador. Esta escala está compuesta por 10 ítems que van de menor a mayor severidad de los síntomas y que arrojan un puntaje final que define si nos encontramos frente a una depresión postparto. Para esta investigación y según análisis de investigaciones similares, se decidió efectuar el punto de corte en 12 puntos.

Luego del EPDS se aplicó un cuestionario que incluyó áreas temáticas que se consideraron de interés de acuerdo a referencias de trabajos nacionales e internacionales además de aquellas áreas de interés definidas por los responsables de la investigación. Este cuestionario fue puesto a discusión de un grupo de expertos que hicieron sus críticas, aportes y comentarios con los cuales se definió el documento final que fue aplicado (Ver anexo 1).

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Para la implementación de la investigación se firmó un acuerdo de trabajo entre el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) a través del Proyecto Desarrolla quien fue el responsable de la misma, el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República, con la participación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y la Escuela de Parteras.

En una primera etapa participaron realizando las encuestas a las madres los psicólogos de la generación 2009 de la Diplomatura de Psicoterapia en Servicios de Salud (Facultad de Medicina), así como una estudiante y docentes de la Escuela de Parteras (Facultad de Medicina).

En una segunda etapa, se trabajó con encuestadores contratados por el Proyecto Desarrolla.

9- Cox, J.L, Holden J.M., Sagovsky, R, *British Journal of Psychiatry*, junio 1987, Vol 150:782

Prin cipales resul tados

Principales Resultados

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MATERNA

A partir del procesamiento de los datos y realizado el factor de expansión, se procedió al cálculo de prevalencia de la depresión de acuerdo a la escala de Edimburgo.

Uno de los aspectos a resolver fue el de determinar cuál era el punto de corte a partir del cual se consideraba a una mujer madre con síntomas de depresión.

De acuerdo a los diferentes estudios citados en este informe y a efectos de poder hacer comparable la información a ser presentada en este documento, existen cuatro posibilidades de puntos de corte: i) a partir del puntaje 10; ii) a partir del puntaje 12; iii) a partir del puntaje 13 y iv) a partir del puntaje 15. El resultado obtenido en cada uno de estos puntos de corte, fue el siguiente:

PUNTO DE CORTE	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN
10	28,5%
12	16,5%
13	11,1%
15	7,5%

Como se puede apreciar en todos los casos el nivel de prevalencia es preocupante.

La decisión del punto de corte es altamente debatido a nivel académico, por tanto la lectura del dato de la prevalencia debe tomarse con precaución, tomando en cuenta el punto de corte.

El punto de corte seleccionado para la realización de los análisis posteriores, fue el de 12 puntos, en el entendido que el mismo permite mayor nivel de comparación con otras investigaciones a nivel internacional. Por otra parte, los otros dos puntos de corte se ubican en extremos que no necesariamente permiten una buena identificación de la temática. El corte en el punto 15 nos permite identificar situaciones de depresión severa y el punto 10 pone un nivel de exigencia muy bajo para el diagnóstico (Ver Escala de Edimburgo en Anexo 1).

Por tanto, de acuerdo al trabajo realizado y habiendo tomado como decisión la utilización del punto de corte en 12 puntos, el 16.5% de las madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo presentan síntomas de depresión (ver Gráfico 1).

Habiendo llegado a este número, la pregunta siguiente es poder identificar cuáles son los rasgos comunes o características de estas madres, a efectos de poder realizar acciones para su protección y atención.

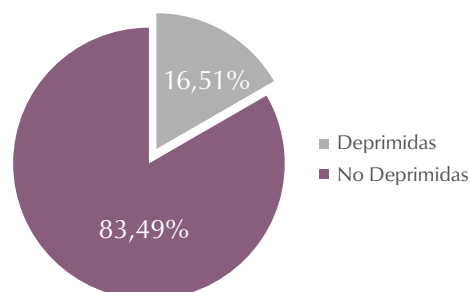
El punto de corte seleccionado para la realización de los análisis posteriores, fue el de 12 puntos, en el entendido que el mismo permite mayor nivel de comparación con otras investigaciones a nivel internacional.

De acuerdo al trabajo realizado, el 16.5% de las madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo presentan síntomas de depresión

La presente investigación no permite realizar un análisis exhaustivo en relación al nivel socio-económico, pero existen algunos indicadores que nos permiten acercarnos a él

En el estrato 1 (población atendida en ASSE), el nivel de prevalencia asciende a 23.9%

Gráfico 1: Prevalencia de depresión materna. Total de la población (Montevideo)



LA DEPRESIÓN VINCULADA A LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS

En un estudio realizado por Seguin y cols (1999), se halló que en mujeres de nivel socioeconómico bajo, los principales elementos asociados eran estresores crónicos como escasez de dinero y la falta de soporte social.

Si bien la presente investigación no permite realizar un análisis exhaustivo en relación al nivel socioeconómico, existen algunos indicadores que nos permiten acercarnos a él.

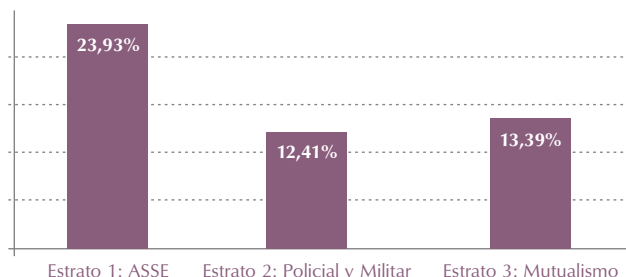
En tal sentido, uno de los primeros resultados que llama más la atención surge cuando se analiza la información según los estratos muestrales (Ver punto 7 Diseño metodológico). En el estrato 1 (población atendida en ASSE), el nivel de prevalencia asciende a 23.9%. (Ver Gráfico 2)

Debe tomarse en cuenta que a partir del año 2008 comenzó a implementarse en nuestro país una reforma del sistema de salud, a través de la cual, por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA), aquellos niños y adolescentes menores de 18 años que son hijos de trabajadores tienen derecho a elegir su cobertura de salud.

Esta reforma ha significado que, si se compara la población menor de 2 años atendida por ASSE en el año 2007 con la atendida en el año 2009, se aprecia una reducción del 65%. Este descenso podría deberse a una fuga de población de hijos de trabajadores formales hacia el sistema mutual y por ende una mayor focalización en población más pobre, con empleos no formales, que continúa atendiéndose en ASSE.

De todas formas, sea esta una buena aproximación al nivel socioeconómico o no, lo real es que ASSE posee una situación en la que una de cada cuatro madres presenta síntomas de depresión.

Gráfico 2: Prevalencia de depresión materna por prestadores de salud



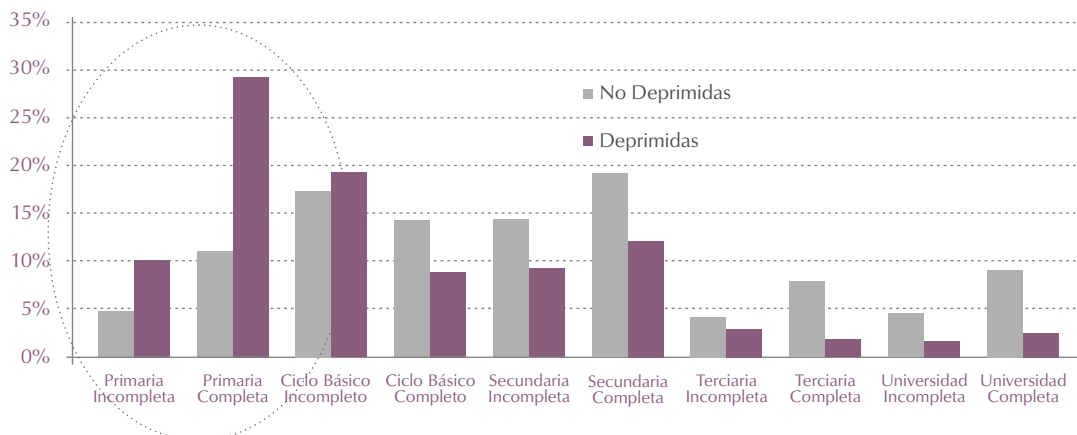
Otra de las variables que en Uruguay asocia claramente con el nivel socioeconómico, es el nivel educativo.

Cuando se analiza la información según el último grado de educación formal alcanzado por la madre, se encuentra una mayor prevalencia en aquellas mujeres de menor nivel educativo.

Como se puede apreciar en el gráfico 3, las mujeres con niveles de educación superior poseen porcentajes marginales de prevalencia de depresión. Sin embargo, aquellas con menor nivel educativo presentan niveles particularmente altos (las que tienen sólo primario alcanzan a nivel del 28,3 %, las universitarias no llegan al 5%). Este dato es contrastante con el hallado por el estudio de Berruti (2009), que recoge una población de estudio exclusivamente de sectores pobres. Podría hipotetizarse que aquellas mujeres que tienen un mejor nivel educativo y posibilidades de traducirlo en actividades laborales acordes pueden hallar una compensación a las exigencias de la maternidad, mientras que aquellas que no tienen esa posibilidad pero sí un mayor nivel cultural la hallan más agobiante aún.

Se encuentra una mayor prevalencia en aquellas mujeres de menor nivel educativo

Gráfico 3: Deprimidas y no deprimidas según nivel educativo.



Hay mayor presencia
de trabajo remunerado
en las mujeres
no deprimidas

Otra de las variables que nos permiten una aproximación al nivel socioeconómico es analizar la situación laboral de las madres.

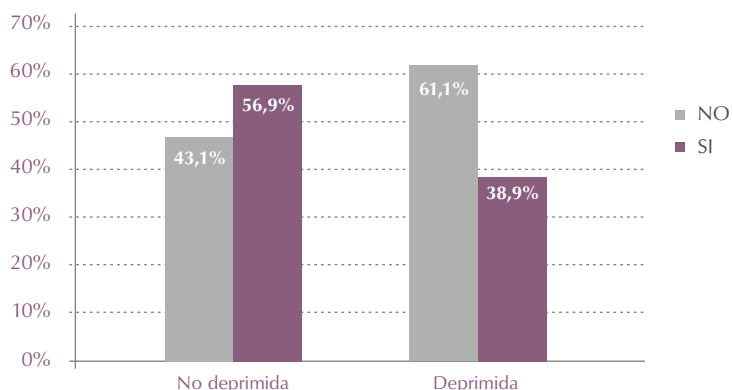
Recordemos que el cuestionario no permite analizar nivel de ingresos, pero sí podemos conocer qué magnitud de trabajo remunerado poseen estas mujeres madres y, de alguna manera, inferir determinadas situaciones de ingresos.

Aquí nuevamente aparecen datos interesantes. Si bien poco más de la mitad de las mujeres posee un trabajo remunerado al momento de ser encuestadas, cuando se dividen a éstas según deprimidas o no deprimidas, encontramos que hay mayor presencia de trabajo remunerado en las mujeres no deprimidas. Poco menos de cuatro de cada diez mujeres deprimidas trabajan, mientras que en las no deprimidas lo hacen en una proporción de casi seis de cada diez (Ver gráfico 4).

Los datos disponibles no permiten conocer si esta menor frecuencia de trabajo remunerado en las mujeres deprimidas se debe a la depresión. Debe tomarse en cuenta que, como vimos anteriormente, las mujeres deprimidas poseen menores niveles de calificación, por lo tanto, es de suponer que deben poseer mayores problemas a la hora de acceso al mercado de trabajo, y aún en los casos en los que no es así, es altamente probable que accedan a empleos de menor calificación.

Por lo tanto, si bien no es posible establecer una relación entre trabajo y depresión, sí es posible predecir que, además de la situación específica de la depresión, es factible agregar situaciones de menores ingresos y dificultades de acceso al mercado de trabajo dado el nivel más bajo de formación.

Gráfico 4: Trabajo remunerado según depresión.

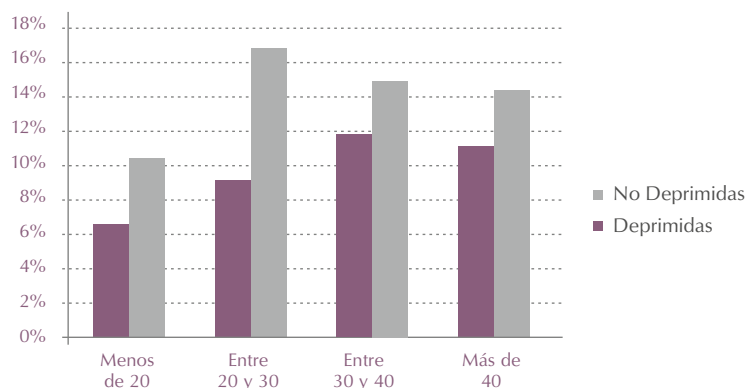


Las mujeres no deprimidas trabajan más horas que las mujeres con depresión

Las mujeres deprimidas manifiestan tener menor apoyo en el cuidado de los hijos

Otro dato que, de alguna manera, refuerza la opinión en relación a las dificultades de ingresos, es cuando se analiza la cantidad de horas que trabajan las mujeres deprimidas. En todos los casos, las mujeres no deprimidas trabajan más horas que las mujeres con depresión (Ver gráfico 5).

Gráfico 5: Horas de trabajo semanales según depresión.



En resumen, las mujeres que presentan síntomas de depresión trabajan en forma remunerada menos que las no deprimidas, y lo hacen en menor cantidad de horas. Dado que habíamos observado una mayor proporción de nivel educativo bajo, tal vez estén incidiendo en este aspecto dificultades de acceso a trabajos de calidad.

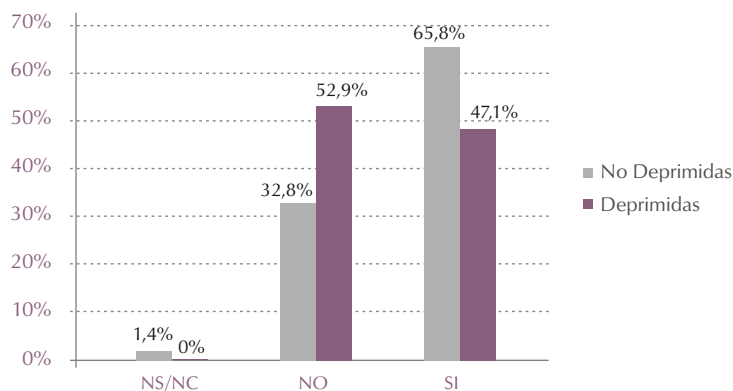
Es posible suponer que las mujeres poseen cargas y/o demandas importantes de trabajo no remunerado, en especial en cuanto a las tareas vinculadas al cuidado de sus hijos.

Una de las preguntas formuladas intentó conocer el grado de ayuda que reciben las madres en relación a las tareas del hogar y, en especial, a la tarea de cuidado de los niños. Los resultados indican que, proporcionalmente, las mujeres deprimidas manifiestan tener menor apoyo en el cuidado de los hijos que las no deprimidas (Ver gráfico 6).

Dado que la respuesta es una percepción, lo que no podemos saber es si esta diferencia es real o si, por el contrario, se trata de una sensación fruto de la depresión. En otras palabras, ¿qué es causa y qué es consecuencia? Sobre este aspecto volveremos más adelante.

Las mujeres deprimidas
manifiestan tener menos
apoyo en las tareas
del hogar

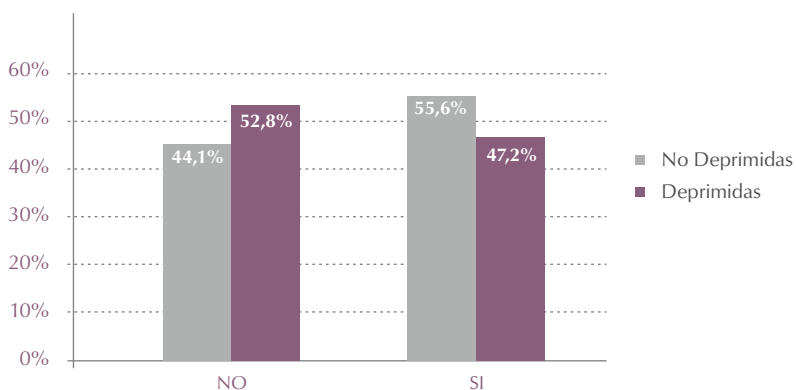
Gráfico 6: Ayuda en el cuidado de los hijos según depresión



En forma similar a lo que ocurre en relación al cuidado de los hijos, las mujeres deprimidas manifiestan tener menos apoyo en las tareas del hogar que las no deprimidas (Ver gráfico 7).

Nuevamente, nos enfrentamos a la pregunta de si esta percepción de mayor carga de trabajo no remunerado es real o si se trata de una consecuencia de la depresión. A efecto de encontrar algunas pistas que puedan dar alguna respuesta a esta pregunta, se analizará más adelante la composición del hogar de estas madres.

Gráfico 7: Recibe apoyo en las tareas del hogar según depresión.



El apoyo en las tareas domésticas, si bien disminuye la prevalencia de depresión, no lo hace de forma tan relevante como el apoyo afectivo de la pareja y el entorno más amplio.

En la bibliografía
el número de hijos
aparece asociado
a la depresión

Otros estudios
encuentran mayor
frecuencia en
primigestas

LA EDAD, LA PARIDAD Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

En algunas investigaciones consultadas, la edad de la mujer no aparece asociada a la depresión (Pitt, 1968); incluso tienden a hallarse menores prevalencias de depresión en madres adolescentes. En la investigación de Da Luz y cols (1996), las madres adolescentes mostraron niveles similares o menores de sintomatología depresiva, evaluados de acuerdo a la Escala de Hamilton, manteniéndose las medias del puntaje por debajo del punto de corte habitualmente empleado para trastorno depresivo (18 puntos). A los 6 meses, las madres adolescentes controladas desde el embarazo en el Centro de Salud de referencia obtuvieron puntajes significativamente inferiores al resto de las madres.

En relación al número de hijos, varias publicaciones asocian la depresión a la primiparidad (Dix 1991, Welburn 1980), jerarquizándose las dificultades de adaptación a las exigencias del nuevo rol, otros trabajos (Risco y cols 2002) la vinculan a la multiparidad (3 o más hijos previos), enfatizando más el agotamiento y desgaste que genera la exigencias de criar a varios hijos/as.

En un estudio de dos de los autores capitales del tema (Cox y Murray), estudiando una muestra de 232 mujeres a los seis meses del parto, hallaron que la prevalencia de depresión no difería considerablemente entre las madres recientes y aquellas que no habían tenido un hijo/a en el último año (13.8 y 13.4%, respectivamente). La única diferencia era que en las que eran madres recientes había un incremento por tres en el inicio de la depresión a las 5 semanas del parto. Este dato aparentemente contradictorio con los demás estudios se ilumina y adquiere un poderoso sentido al detectar que la mayoría de las mujeres del grupo control que estaban deprimidas habían sido madres antes del período del estudio y mantenían una depresión postnatal de larga data (Cox, Murray y Chapman 1993).

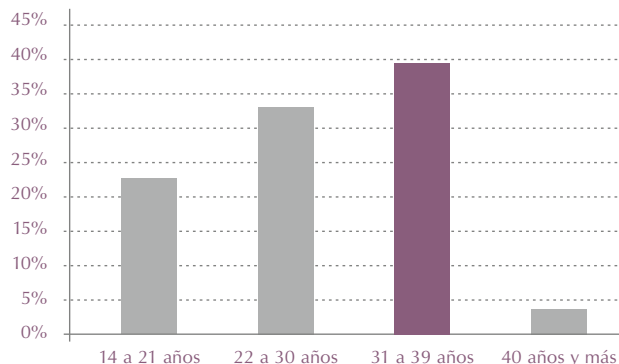
En otras investigaciones se encontró que en las madres con síntomas depresivos había mayor frecuencia de primigestas, separaciones tempranas de sus propias madres, discontinuación de la lactancia y más inseguridad respecto a su desempeño como madres, con la consiguiente mayor ansiedad respecto al hijo/a (Wrate y cols 1985).

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la presente investigación parecen coincidir con estos

hallazgos. Cuando se analiza la composición de edades de las mujeres deprimidas, éstas se concentran mayoritariamente en el tramo de los 31 y 39 años mientras que para las no deprimidas están en el tramo de 22 y 30 años

Gráfico 8: Edad de las madres según depresión.



Las mujeres deprimidas, se concentran mayoritariamente en el tramo de los 31 y 39 años

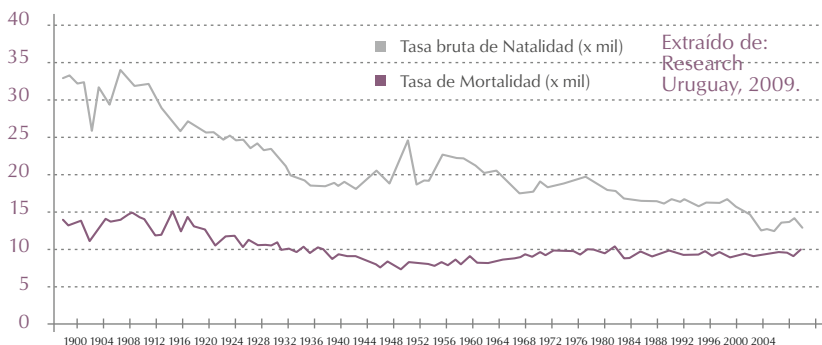
Se puede apreciar que priman las mujeres con un solo hijo y en relación a esta variable se puede observar que la frecuencia de mujeres deprimidas y no deprimidas es similar. Es recién en situaciones de nacimiento del quinto hijo, en donde se comienza a notar el aumento de frecuencia de las mujeres deprimidas (Ver gráfico 9).

Por tanto, si bien es posible encontrar una leve mayoría de multiparidad en las deprimidas, en líneas generales, de acuerdo a los datos de esta investigación, no es posible establecer diferencias entre un grupo y otro en relación a la cantidad de hijos.

En este estudio no se observan diferencias en relación a la cantidad de hijos

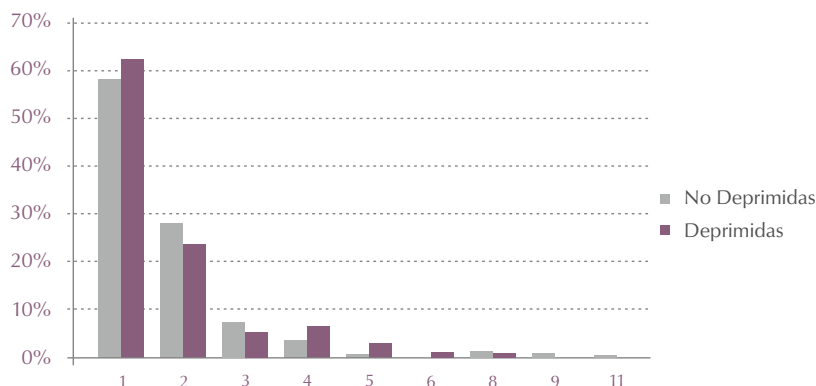
Nuestro país hace un buen tiempo que viene transitando un proceso que los demógrafos denominan “segunda transición demográfica”, mediante la cual, entre otros aspectos,¹⁰ existe una mayor control de la natalidad, menor cantidad de hijos y una tenencia más tardía en el tiempo. Si bien en este proceso pueden encontrarse algunas diferencias según niveles socio-económicos, la tendencia a nivel general es la misma.

Gráfico 9: Tasa de natalidad y mortalidad, período 1900-2007



10- UNFPA, “Demografía de una sociedad en transición”, 2008.

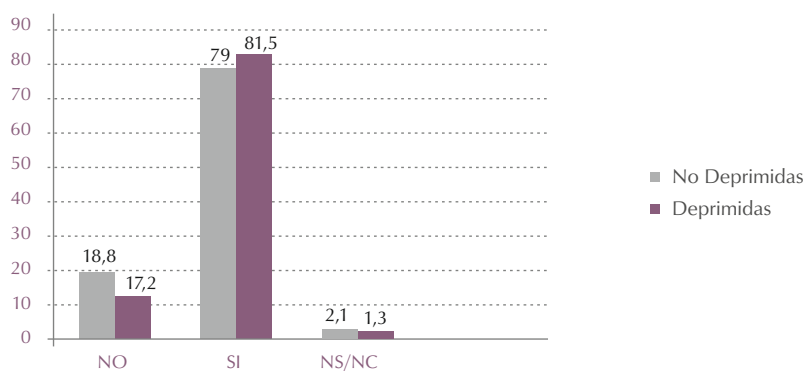
Gráfico 10: Cantidad de hijos según depresión



En el caso de esta investigación no se observan diferencias entre grupos (deprimidas y no deprimidas) y la cantidad de hijos, salvo en los casos de 4 hijos. Ambos grupos tienen comportamientos similares, con una mayoría de situaciones de un solo hijo, con guarismos cercanos al 60%.

Gráfico 11: Acompañamiento en el parto según depresión

Las mujeres deprimidas no han estado solas en el momento del parto



Un dato asociado a este tema que fue investigado se evaluó si estas mujeres habían sido acompañadas al momento del parto. En nuestro país existe la Ley 17.386, mediante la cual se le otorga el derecho a la mujer a ser acompañada en el parto por la persona que ella elija. Lamentablemente no podemos saber en qué grado fueron acompañadas por su parejas varones, pero sí sabemos que fueron acompañadas.

Si bien los datos nos permiten apreciar que una de cada cinco mujeres no fue acompañada, existe una leve diferencia de acompañamiento a favor de las deprimidas (ver gráfico 14). Como decíamos recientemente, no podemos afirmar que este acompañamiento haya sido por la pareja varón, pero sí es posible observar que las mujeres que luego estuvieron deprimidas no han estado solas en este momento tan importante de sus vidas.

LAS PAREJAS Y LAS FAMILIAS DE LAS MADRES CON DEPRESIÓN

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Consultando la bibliografía sobre el tema, la relación de pareja aparece como un elemento fundamental: se asocia la depresión a una relación de pareja poco satisfactoria (Braverman 1976, Watson 1984, Kendell 1985) o conflictiva (Martin 1977, Ballinger 1979, Kumar y Robson 1984, Risco y cols 2002).

Múltiples antecedentes de investigación asocian la depresión a problemas de pareja. Por ejemplo Saurel-Cubizolles y cols (2000) estudiando 781 mujeres en Francia y 820 en Italia en tres momentos (embarazo, 5 meses y 12 meses luego del parto) encontraron que la prevalencia de muchos de los síntomas era mayor a los 12 meses luego del parto. Más de la mitad de las mujeres reportaban dolor de espalda, angustia y fatiga extrema. Alrededor de un tercio dijeron sentir dolor de cabeza, falta de deseo sexual, trastorno del sueño y depresión. Esto se asoció a problemas financieros y mala relación de pareja.

Un estudio precoz de Playfair y Gowers (1981, citado por Brockington y Kumar 1982) refiere como predictores de depresión en un estudio con 618 madres, la presencia luego del nacimiento de sus hijos de estresores como las dificultades de pareja.

En un estudio en Chile, se asoció también a vivir sin pareja o ser soltera (Risco y cols 2002). Zeanah (1993) citando a Campbell (1992), señala que las percepciones por parte de la mujer sobre el apoyo de su pareja y lo difícil que resulta su bebé no sólo fueron predictores de la depresión materna sino también de la rapidez de la recuperación. Estudiando 105 mujeres, Cox y cols (1982) hallaron que en las 13 mujeres con depresión grave y las 17 con formas más leves de depresión, el factor claramente asociado era el deterioro de la relación de pareja, no hallándose otros factores sociales u obstétricos.

La influencia de la relación de pareja queda manifiesta nuevamente a través de otras investigaciones como la de Stein y cols (1991) que hallaron que los bajos niveles de disponibilidad materna y calidez en el contacto con el hijo de madres deprimidas tenían como factores predictores independientes las dificultades crónicas tanto sociales como en la relación de pareja, los cuales también podían predecir el nivel de sufrimiento subjetivo del niño al separarse de la madre y su bajo nivel de sociabilidad con un extraño. La discordia marital resultó ser el más importante predictor de la relación

En casi todos los estudios, el conflicto de pareja, la falta de soporte del padre o la ausencia del mismo aparecen como factores de riesgo claramente asociados

Las percepciones por parte de la mujer sobre el apoyo de su pareja y lo difícil que resulta su bebé no sólo fueron predictores de la depresión sino también de la rapidez de la recuperación

La depresión paterna
gira más en torno a la
depresión materna
y en reacción a ésta

Los efectos en el niño
se refieren
frecuentemente no a la
patología materna
exclusivamente sino
a lo que definen como
patología parental

madre-hijo/a insatisfactoria, lo cual coincide con estudios anteriores que se citan (Rutter y Quinton 1984, Ghoddsian y cols 1984).

En relación a la percepción de las mujeres encuestadas sobre la posible depresión de sus parejas, tenemos como antecedentes la investigación de Dudley y cols (2001), que hallaron que los padres deprimidos se diferenciaban de sus parejas deprimidas en el hecho de que el eje de la depresión materna eran sus propios problemas de personalidad, su historia o dificultades en la maternidad, mientras que la depresión paterna giraba más en torno a la depresión materna y en reacción a ésta.

En casi todos los estudios, el conflicto de pareja, la falta de soporte del padre o la ausencia del mismo aparecen como factores de riesgo claramente asociados. A su vez, los estudios que hemos citado sobre los efectos en el niño se refieren frecuentemente no a la patología materna exclusivamente sino a lo que definen como patología parental. Esta es también citada por Bernardi y cols (1996) en su estudio de factores de riesgo para el desarrollo del niño, en el que se destaca el mismo aspecto, así como la falta de percepción de la madre de la valoración de su función por parte de su entorno. Notablemente, aparece como factor de protección en el desarrollo del niño no tanto la presencia real del padre sino la presencia valorada del mismo en las palabras de la madre cuando se refiere a él en su relación con sus hijos.

Se ha comenzado a hablar de depresión paterna postparto, y se ha empezado a estudiar el tema, que presenta, por lo pronto, dificultades metodológicas. La vivencia de la maternidad, especialmente en los primeros tiempos, tiene pocos puntos en común con la experiencia paterna, especialmente debido al fuerte componente corporal de la experiencia materna (embarazo, parto, loquios, lactancia, readaptación del cuerpo, etc). Se ha validado, sin embargo, la Escala de Edimburgo para hombres (Aage y Juhl 2007) pero se plantea la necesidad de complementarla con escalas más sensibles a la problemática masculina (por ejemplo, Gotland Male Depression Scale).

Un estudio del grupo de T. Field (Hart y cols 1997) mostró que los padres deprimidos tienden a tener percepciones más negativas de sus propios hijos/as que padres no deprimidos, así como tienden a etiquetar y estigmatizar más a sus hijos/as cuando éstos son diagnosticados como "deprimidos". El mismo grupo de investigadores halló en otro trabajo (Hossain y cols 1994) que los bebés de madres deprimidas logran interacciones más satisfactorias con sus padres no deprimidos, lo cual muestra su potencial efecto protector para el hijo frente a la depresión materna.

El 85% de las mujeres viven en pareja, ya sea mediante estado civil casada o unión libre

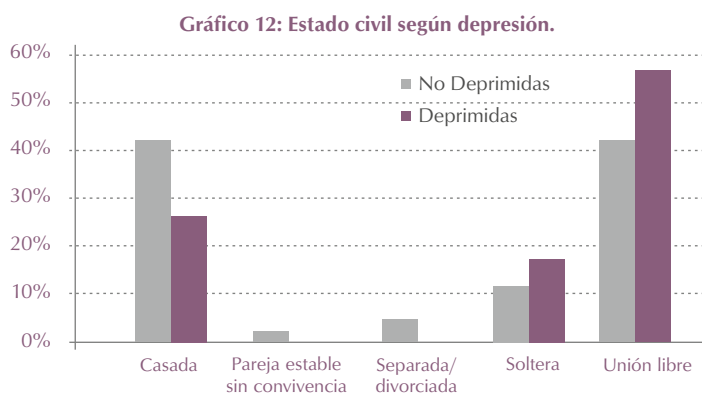
Se observa mayor presencia de unión libre en el grupo de deprimidas

Otro estudio (Zelkowitz y Milet 1997) que estudia los esposos de madres deprimidas, halla que se trata más de las dificultades laborales y financieras que de los problemas familiares, lo que conduce a tener percepciones más negativas sobre el hijo y la situación familiar, en lo cual incide la falta de soporte del entorno.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en la totalidad de mujeres la vida en pareja es lo que se da con mayor frecuencia. El 85% de las mujeres viven en pareja, ya sea mediante estado civil casada o unión libre (Ver gráfico 12).

La única diferencia encontrada entre el grupo de madres deprimidas y no deprimidas remite al estado civil, encontrando mayor presencia de unión libre en el grupo de deprimidas.

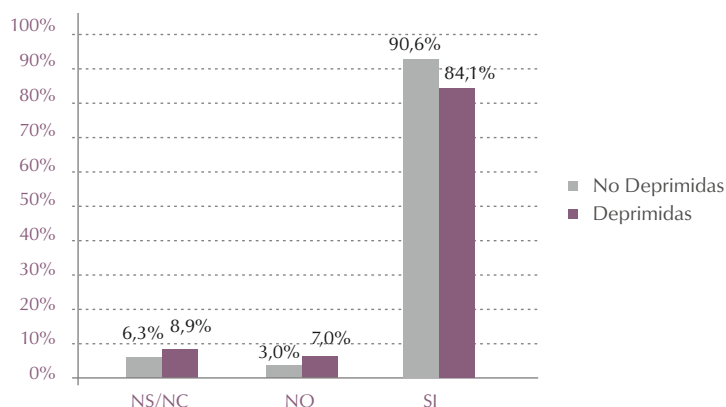


Se observó que en nueve de cada diez casos, las parejas de las mujeres trabajan. Sin embargo, existe una leve diferencia según sean éstas deprimidas o no deprimidas. En las deprimidas hay un poco más de presencia de parejas que no trabajan (Ver gráfico 15).

Recordemos que las mujeres deprimidas tenían menor participación en el trabajo remunerado, y a su vez las que trabajaban, en una alta proporción, lo hacían en horarios sumamente extensos.

Las diferencias entre convivencia en pareja entre el grupo de deprimidas y no deprimidas es mínima (86 a 89%). Las composiciones familiares son bastante similares, salvo en el caso de convivencia con suegros, en donde en el grupo de deprimidas hay una representación de más del doble en comparación con las no deprimidas (Ver cuadro 1).

Gráfico 13: Trabajo de la pareja según depresión.



Cuadro 1: Grupo de convivencia según depresión.

CON QUIÉN VIVE	NO DEPRIMIDAS	DEPRIMIDAS
Con un pariente	6,1%	5,8%
No pariente	1,5%	0%
Madre y/o padre	19,8%	21,2%
Suegra/suegro	6,1%	13,5%
Hermano	13,0%	13,5%
Cuñado/a	3,1%	5,8%
Esposo/pareja	89,3%	86,5%

No se observan grupos de convivencia muy grandes y no existen diferencias significativas entre el grupo de madres deprimidas y no deprimidas, excepto cuando conviven con sus suegras/os

La convivencia con suegra/o es un fenómeno que fue observado en otras investigaciones relacionadas con grupos vulnerables¹¹, en donde se observaba un proceso en el que la mujer rompía vínculos con su familia de origen, establecía pareja y conformaba un nuevo hogar en casa de sus suegros. En este proceso la tenencia de hijo es vivido como una necesidad de afianzamiento en ese hogar de “otro”. Si bien no es posible afirmar que estamos frente a un fenómeno similar, sí es importante tomarlo en cuenta a la hora de poder conocer y analizar las posibilidades de soporte familiar con los que cuentan estas mujeres y sus hijos.

Sin embargo, a pesar de que cierta tendencia en las deprimidas a la convivencia con otras personas, especialmente suegra/o, cuando se analiza la cantidad de personas adultas con las que conviven los números son bastante bajos.

No se observan grupos de convivencia muy grandes y no existen diferencias significativas entre el grupo de madres deprimidas y no deprimidas (Ver cuadro 2).

11- Tan embarazadas como valientes. Estudio cualitativo sobre los Agentes Socioeducativos de ASSE. Infamilia Mides/Desarrolla (PNUD) 2008.

Cuadro 2: Cantidad de personas adultas con las que convive según depresión

CANTIDAD DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE	NO DEPRIMIDAS	DEPRIMIDAS
0	1,5	0
1	36,6	41,5
2	47,6	41,5
3	10,3	11,3
4	3,3	3,8
5	0,4	1,9
7	0,4	0,0
TOTAL	100	100

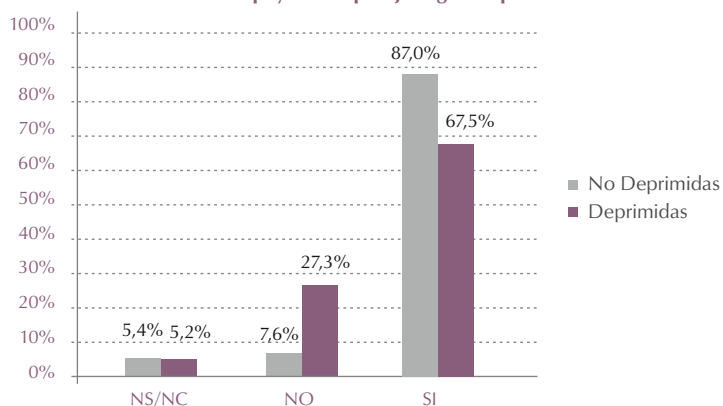
Casi un tercio de las mujeres deprimidas manifiestan no sentirse apoyadas por su pareja

En la investigación presente sabemos que la enorme mayoría vive en pareja, y los datos obtenidos nos permiten acercarnos a conclusiones relativamente similares que las investigaciones citadas. Casi un tercio de las mujeres deprimidas manifiestan no sentirse apoyadas por su pareja, mientras que en las no deprimidas este porcentaje se reduce al 7.6% (ver gráfico 12).

El 34% de las mujeres deprimidas manifestaron estar experimentando problemas en la pareja.

El 34% de las mujeres deprimidas manifestaron estar experimentando problemas en la pareja

Gráfico 14: Apoyo de la pareja según depresión



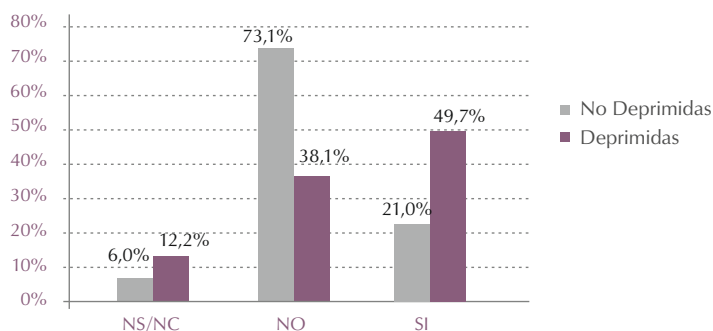
Otro dato que refuerza la idea anterior, refiere a la manifestación de sentir reclamos de su pareja. Casi la mitad de las mujeres madres deprimidas manifiestan tener reclamos de sus parejas (Ver gráfico 15), siendo en su mayoría de tipo afectivo y afectivo sexual.

Por tanto no sólo existe una sensación de menor apoyo, sino que además, hay una percepción de mayor reclamo hacia ellas.

Casi la mitad de las mujeres madres deprimidas manifiestan tener reclamos de sus parejas siendo en su mayoría de tipo afectivo y afectivo sexual

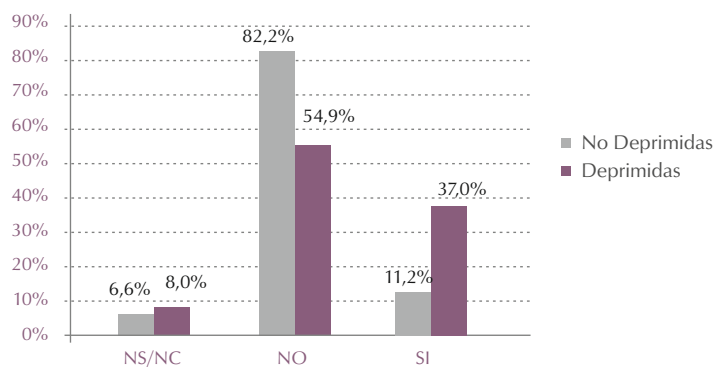
Las mujeres deprimidas perciben en mayor medida, depresión de sus parejas

Gráfico 15: Reclamos de su pareja según depresión



En relación a la percepción de las mujeres encuestadas sobre la posible depresión de sus parejas, los datos de la presente investigación permiten apreciar que las mujeres deprimidas perciben en mayor medida, depresión de sus parejas. Casi cuatro de cada diez ve a sus parejas como deprimidas (Ver gráfico 16).

Gráfico 16: Percepción de depresión de su pareja, según depresión materna.

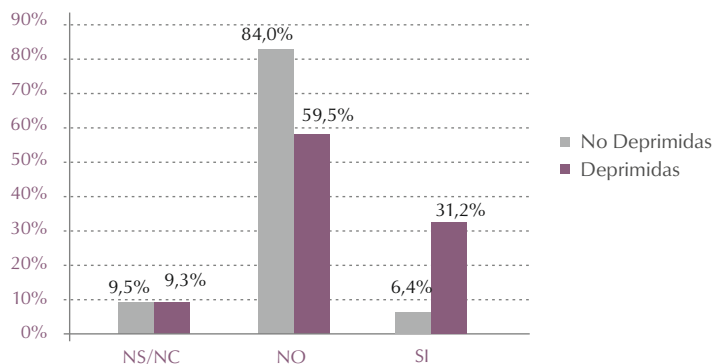


Recordemos, a su vez, que las mujeres deprimidas manifestaban sentir menor apoyo de sus parejas, en especial en lo relacionado al trabajo no remunerado (tareas del hogar y cuidado de los hijos/as). En tal sentido, las mujeres deprimidas manifiestan haber tenido mayores problemas con sus parejas recientemente que las no deprimidas. Un tercio de las deprimidas afirman haber tenido problemas (Ver gráfico 17).

Desde la situación social hasta la situación de la pareja, el contexto en que ocurre la llegada y primeras etapas del hijo parece volverse texto más que contexto. Es necesario, entonces, volver la mirada hoy hacia la pareja y familia, además del contexto social más amplio en un momento histórico que exige a la mujer apego y autonomía, libertad y dedicación a los hijos, rendimiento intelectual y sensibilidad afectiva, entrampándola en una exigencia imposible y empujándola a niveles de depresión alarmantes.

Es necesario, volver la mirada hacia la pareja y la familia, además del contexto social más amplio

Gráfico 17: Problemas recientes con su pareja, según depresión.



RESUMIENDO:

Por tanto, de lo que hemos podido observar hasta el momento de las madres con síntomas de depresión, podemos decir que:

Hay mayor presencia de madres con síntomas de depresión en estratos que pueden estar asociados a niveles socioeconómicos más bajos (bajo nivel educativo, menor presencia de trabajo remunerado y fuerte concentración en las atendidas en ASSE).

Las mujeres deprimidas presentan edades levemente superiores a las no deprimidas.

No existen diferencias significativas sobre el número de hijos.

Manifiestan tener menor apoyo en las tareas de trabajo no remunerado, especialmente en lo que concierne al cuidado de los hijos.

No hay mayores diferencias en cuanto a la convivencia en pareja, la enorme mayoría de las madres (tanto deprimidas como no deprimidas) viven en pareja.

En las mujeres deprimidas se aprecia una mayor proporción de unión libre, mientras que en las no deprimidas hay mayores grados de casadas.

Las deprimidas manifiestan tener más reclamos de sus parejas, en especial en lo que concierne a afectos y sexualidad.

Las composiciones familiares no presentan mayores diferencias, salvo en los casos en que se conviven con suegros, en donde las deprimidas presentan mayores porcentajes.

Hay una tendencia en los investigadores a buscar correlaciones entre la aparición precoz de algunos signos de depresión y la posterior instalación de una depresión materna. Este interés se centra fundamentalmente en la mayor posibilidad de detectar la depresión mientras la mujer está más intensamente en contacto con los servicios de salud

ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Hay una tendencia en los investigadores a buscar correlaciones entre la aparición precoz de algunos signos de depresión y la posterior instalación de una depresión materna (Manzano 1993). La razón de este interés se centra fundamentalmente en la mayor posibilidad de detectar la depresión precozmente, dado que la mujer se encuentra más ligada al sistema de salud por su condición de puerpera o madre muy reciente. Hannah y cols (1992) encontraron en 217 mujeres, evaluadas a los 5 días y seis semanas luego del parto, que había una correlación altamente significativa entre ambos puntajes de la Escala de Edimburgo, así como perfiles similares en la sintomatología. Un puntaje de 13 o más en la primera evaluación se asociaba a un incremento de 85 veces en la posibilidad de tener depresión a las 6 semanas. También incrementaba el riesgo el hecho de haber tenido una depresión luego de un nacimiento anterior.

Si nos referimos a otros antecedentes de investigaciones sobre la temática, podemos encontrar a Golse (2001), quien resume los factores de riesgo de la siguiente manera: antecedentes psiquiátricos de la mujer, existencia de episodios depresivos anteriores, calidad de la relación conyugal, ambivalencia de los futuros padres durante el embarazo, sucesos vitales estresantes (especialmente aquellos referidos a la situación económica).

En relación con el inicio precoz del cuadro, Bloch y cols (2006) lo encontraron asociado a una historia de depresión y antecedentes de síndrome disfórico premenstrual, lo cual apuntaría a un factor hormonal de las depresiones postparto tempranas.

Varios estudios han buscado la continuidad entre alteraciones emocionales en el embarazo y la aparición de depresión luego del parto. En esa línea, un estudio reciente (Rich-Edwards y cols 2008) dirigido originalmente a encontrar asociaciones con la elevación de la hormona liberadora de corticotropina, no sólo no encuentra esta asociación sino que, lateralmente, descubre una asociación negativa con depresión en el embarazo.

Tampoco encontraron una asociación con los avatares del parto Arekogy y cols (1984), quienes sí postularon que el temor excesivo al parto durante el embarazo podría ser un predictor de dificultades posteriores en adaptarse al rol de madre, ya que aquél sería indicador de dificultades respecto al cuerpo, la sexualidad y la femineidad.

El 71.5% de las mujeres deprimidas manifiestan haberse sentido deprimidas algunas vez

Casi el 80 por ciento de las mujeres deprimidas manifiestan haberse sentido deprimidas durante el embarazo

Mebert (1991) estudiando 127 parejas parentales en el embarazo y a los tres meses del niño también encontró que las circunstancias reales del embarazo no tenían relación con la depresión pero sí la angustia y depresión durante el mismo; de cualquier manera, concluyó que el factor fundamental de depresión parental residía en las expectativas desarrolladas por los padres respecto al niño en contraste con las características reales del mismo.

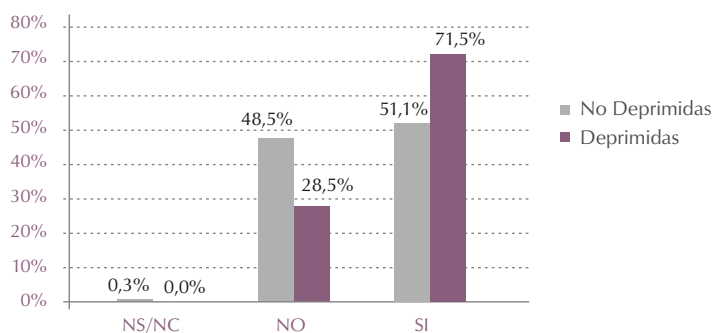
Otra investigación que refuerza estos conceptos es la de Forman y cols (2000) que estudiando 6790 mujeres en Dinamarca a las 16 semanas y 30 semanas de embarazo y a los 4 meses luego del parto, hallaron que en 5.5% en que el puntaje de la Escala de Edimburgo fue igual o mayor de 13. Los factores asociados fueron: sufrimiento psicológico durante el embarazo, la percepción de aislamiento social durante el mismo, multiparidad, y antecedentes de patología psiquiátrica antes del presente embarazo. Los dos primeros factores fueron lo más fuertemente asociados y la combinación de ambos hacía que una de cada tres mujeres estuviera expuesta a sufrir una depresión postnatal.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación, podemos observar que el 71.5% de las mujeres deprimidas manifiestan haberse sentido deprimidas algunas vez. En cambio, en las mujeres no deprimidas este porcentaje alcanza a la mitad de las mismas (ver gráfico 18).

Cabe resaltar, de todas maneras, que más de la mitad de toda la población estudiada manifiesta haber tenido depresión en algún momento. Reiteramos que se trata de una auto-percepción y no de una evaluación clínica o con métodos de evaluación objetivos como escalas u otros.

Gráfico 18: Se sintió deprimida alguna vez, según depresión.



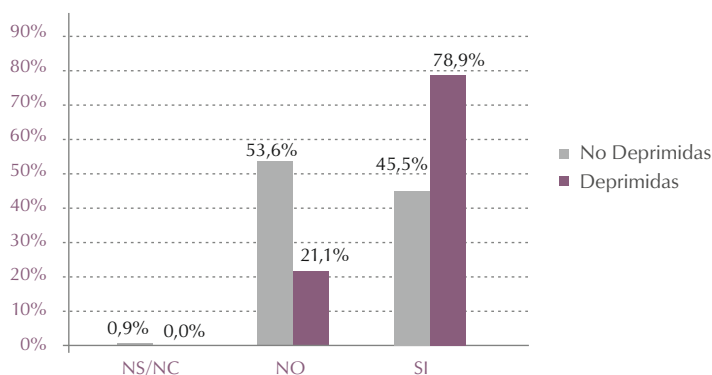
6 de cada 10 madres que según la Escala aparecen como deprimidas, manifiestan explícitamente tener depresión

Existe un 40% de mujeres que están deprimidas, de acuerdo a los resultados de la EPDS, pero que no manifiestan sentirse de esta manera

Las mujeres deprimidas manifiestan tener antecedentes de depresión familiar

Otro dato que puede acercarnos a aspectos relacionados a antecedentes de depresión, es la percepción de depresión durante el embarazo. Casi el 80 por ciento de las mujeres deprimidas manifiestan haberse sentido deprimidas durante el embarazo. Este porcentaje alcanza al 45% en las mujeres no deprimidas (ver gráfico 19).

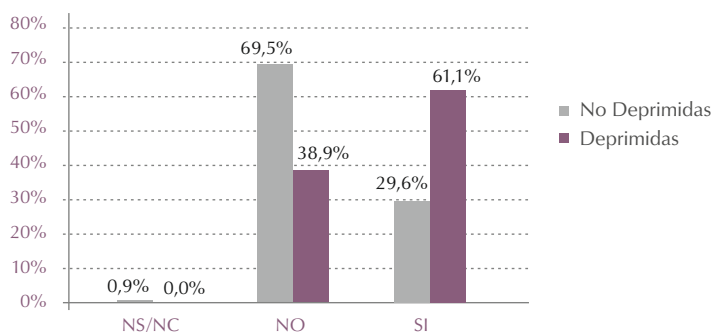
Gráfico 19: Percepción de depresión durante el embarazo, según depresión.



Comportamiento similar ocurre con la percepción de depresión post parto: seis de cada diez madres que según la escala aparecen como deprimidas, manifiestan explícitamente no tener depresión. Un tercio de las mujeres no deprimidas, sin embargo, se perciben como deprimidas (ver gráfico 20).

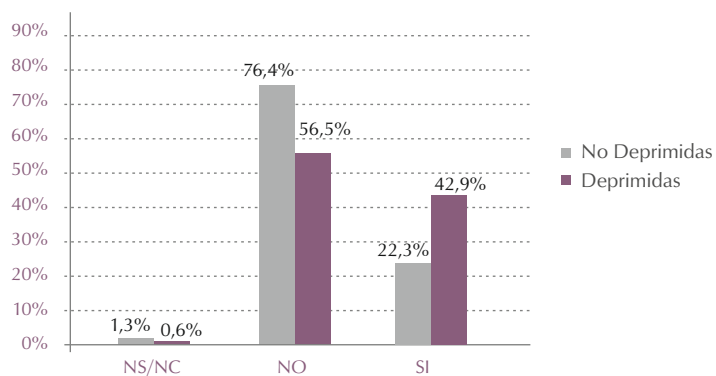
Estos datos son particularmente llamativos, ya que por un lado se tiene un tercio de mujeres que manifiestan estar deprimidas, pero que luego de aplicada la escala, ésta no refleja esta realidad. Por otra parte, existe un 40% de mujeres que están deprimidas, de acuerdo a los resultados de la escala de Edimburgo, pero que no manifiestan sentirse de esta manera.

Gráfico 20: Percepción de depresión post parto, según depresión.



Por otra parte, las mujeres deprimidas manifiestan tener antecedentes de depresión familiar en mayor proporción que las no deprimidas. Cuatro de cada diez mujeres con depresión, afirman tener estos antecedentes a nivel familiar, mientras que en las no deprimidas este porcentaje es de 22.3% (ver gráfico 21)

Gráfico 21: Antecedentes familiares de depresión, según depresión.



ANTECEDENTES DE SUCESOS RELEVANTES

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Varios estudios coinciden en señalar que las pérdidas significativas que ocurren en torno al período del nacimiento son jerarquizadas. En un estudio observacional, Rousseau (1999) encontró a la depresión relacionada con embarazos que ocurren luego de esterilidad o pérdidas perinatales (propias o transmitidas transgeneracionalmente); muerte, amenaza de muerte o separación de un ser querido; internaciones antenatales; diagnósticos prenatales ominosos. Este último aspecto también es señalado por Sirol (1999) quien insiste en el riesgo que significa para los procesos de apego la anticipación precoz de una patología en el niño, aún cuando luego de nacido no se confirme.

En uno de los primeros estudios sobre el tema, Dean y Kendell (1981) hallaron que de las 33 pacientes estudiadas, 27 tenían situaciones de estrés importantes en torno al parto (pérdidas de sus padres o los bebés por muerte o entrega en adopción) o vivían en condiciones sociales crónicamente difíciles con dificultades de convivencia matrimonial o eran madres solteras. Más de un tercio había tenido trastornos graves en el embarazo o parto (hemorragia, eclampsia) y en varios casos el niño era hipervalorado después de una esterilidad.

Si bien no constituye claramente lo que denominamos depresión materna, es importante retomar este dato de las pérdidas perinatales que ya aparece en el trabajo de Dean y Kendell. En un trabajo clásico, Appleby (1991) mostraba un incremento notable (aumento por cinco) de la tasa de suicidios en las madres que habían perdido un hijo en el período perinatal. En la

Los sucesos relevantes vividos que presentan mayores diferencias entre uno y otro grupo son:

- Dificultades para quedar embarazada
- Dificultades durante los embarazos
- Dificultades para dar de mamar a su hijo/a

medida en que se han modificado las prácticas de manejo clínico (Defey y cols 2002), esto ya no es así hoy en día y es importante discriminar que en estos casos hablamos de duelo perinatal y no de depresión materna, la cual se caracteriza por dificultades en relación al hijo real y presente y no por un duelo por un hijo que ya no está.

En un clásico meta-análisis, Romito (1990) señala como factores fuertemente asociados: un baby blues de particular intensidad, conflictos con la pareja, dificultades de vivienda, sucesos vitales estresantes en el último año y estrés psicológico y social. Como ya hemos visto, algunos factores aparecen asociados en algunos estudios y no en otros: edad, paridad, antecedentes psiquiátricos, dificultades en el embarazo, angustia en el embarazo, mala relación con la propia madre y considerar la posibilidad de interrumpir el embarazo. En forma contraria a lo que muchos esperarían, no aparecen asociados ni las complicaciones del embarazo, ni el hecho de ser madre soltera, el embarazo no planificado, los abortos provocados previos o la clase social. Quisiéramos jerarquizar estos últimos tres aspectos, pues las prácticas del personal asistencial suelen basarse en creencias erróneas al respecto y suelen atribuir consecuencias de todo tipo a estos tres eventos o circunstancias.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de los antecedentes de investigaciones citadas, se les preguntó a las madres encuestadas sobre su vivencia en relación a determinados sucesos relevantes (ver cuestionario anexo 2).

Cuando se analizan los porcentajes de mujeres que afirman haber vivido este tipo de sucesos según grupos de deprimidas y no deprimidas, se encuentran algunos sucesos que marcan distancias entre uno y otro grupo (ver cuadro 3).

Los sucesos relevantes vividos que presentan mayores diferencias entre uno y otro grupo son:

- **Dificultades para quedar embarazada.** El grupo de deprimidas manifiesta en mayor medida este suceso. Este dato parece ser coherente con el visto anteriormente en relación a maternidades tardías en comparación con el grupo de las no deprimidas.
- **Dificultades durante el embarazo.** Se ha visto que en el grupo de deprimidas existía mayor percepción de depresión durante el embarazo, tal vez ésta pueda estar relacionada con “complicaciones” vividas en el proceso.

Los sucesos relevantes vividos que presentan mayores diferencias entre uno y otro grupo son:

- Fallecimiento de persona cercana y/o enfermedad grave de persona cercana

- Desilusión en relación a otras persona

Para el 24,5% de las mujeres que cursan una depresión post parto, el sexo de su hijo al nacer no coincidió con el esperado

- **Dificultades para dar de mamar a su hijo.** No hay información suficiente para saber si las dificultades en la lactancia se asocian como causa o consecuencia de la depresión de las madres. De todas maneras, se ha reconocido en diferentes investigaciones que la lactancia materna implica un importante compromiso de la mujer desde lo afectivo, además de ser un momento de una alta exigencia desde lo corporal, de su tiempo personal, de cambios en la relación de pareja. Cuando se logra, suele ser muy satisfactoria tanto para la madre como para el lactante, pero cuando se presentan dificultades también puede provocar importantes niveles de frustración y descenso de la autoestima ante una situación que no se logra superar y que, muchas veces, provoca presiones desde lo social y desde el equipo de salud. En este sentido, entonces, no parece raro que se asocie a la depresión, en tanto sea porque el estado emocional de la madre no le permite asumir la lactancia por sus altas exigencias o en tanto no lograr llevar adelante la lactancia se suma a las frustraciones y dificultades que vive la mujer y son causantes de su depresión.

- **Fallecimiento de persona cercana.** y/o enfermedad grave de persona cercana

- **Desilusión** en relación a otras personas.

- Sucesos relacionados con **abortos**. (15% de las madres).

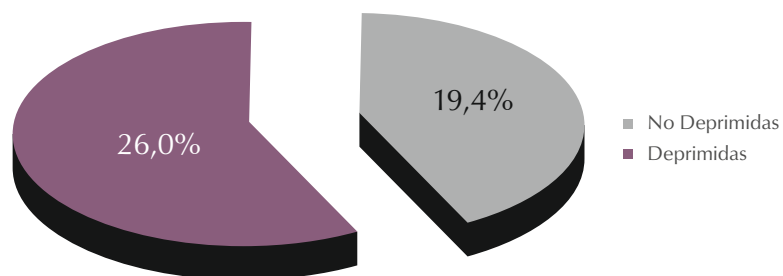
Otro de los aspectos analizados, se refirió a la coincidencia o no con el sexo esperado para su hijo/a. El supuesto fue que esta variable podría incidir en la presentación o no de depresión en la madre.

Lo observado en este aspecto es que para el 24,5% de las mujeres que cursan una depresión post parto, el sexo de su hijo al nacer no coincidió con el esperado, mientras que en las no deprimidas este porcentaje es de 19.4%. Por tanto hay una leve mayoría de no coincidencia en el grupo de mujeres que presentan depresión (ver gráfico 22).

Cuadro 3: Sucesos relevantes según depresión

SUCESOS RELEVANTES	NO DEPRIMIDA	DEPRIMIDA	TOTAL
Dificultades para quedar embarazada	13,7%	21,8%	15,10%
Abortos	15,30%	13,20%	14,90%
Fallecimiento de hijos	5,00%	4,90%	5,00%
Dificultades durante el embarazo	21,60%	34,80%	23,80%
Dificultades para amamantar este hijo	20,10%	27,90%	21,40%
Dificultades para amamantar a hijos anteriores	6,10%	7,80%	6,40%
Fallecimiento de persona cercana	11,5%	19,0%	12,70%
Pérdida de trabajo	3,70%	7,30%	4,30%
Enfermedad grave propia	2,10%	4,20%	2,50%
Enfermedad grave de persona cercana	4,30%	15,10%	6,10%
Mudanza	12,50%	18,40%	13,40%
Problemas económicos	15,60%	25,30%	17,20%
Desilusión en relación a otras personas	9,80%	22,60%	11,90%

Gráfico 22: Porcentaje de no coincidencia de sexo esperado del hijo según depresión.



REPERCUSIONES EN EL/LA HIJO/A

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

N. Guedeney (1989) ha resumido las múltiples y sutiles habilidades y destrezas que se despliegan en un encuentro armonioso entre madre e hijo en las primeras etapas. El niño de pocos meses precisa continuidad afectiva, confiabilidad y previsibilidad de las reacciones, sutileza en la percepción y satisfacción de sus necesidades.

Para la madre es imprescindible el contexto de un entorno sostenedor y una relación de afecto con el padre del hijo

Esto es posible cuando la madre cuenta con una seguridad interior y exterior que se apoyan en la percepción de su propio valor como madre y en un disfrute en el cuidado del hijo. Para ello, es imprescindible el contexto de un entorno sostenedor y una relación de afecto con el padre del hijo. Esta serenidad interior basal permite a la mujer oscilar sutilmente entre una función de para-excitación (en la cual modula los estímulos que llegan al niño desde el mundo exterior) y una función que alterna la estimulación y un cierto nivel tolerable de frustración. La madre estimula al niño a expresar su potencial de desarrollo, debiendo para ello poder aceptar que no es capaz de satisfacer todas sus necesidades.

En la madre deprimida, el apagamiento de las demostraciones afectivas disminuye sus posibilidades de empatía y de reactividad emocional, que afecta su capacidad de respuesta ante las necesidades y solicitudes del hijo

En la madre deprimida, el apagamiento de las demostraciones afectivas disminuye sus posibilidades de empatía y de reactividad emocional, con una pérdida de la capacidad de iniciativa que afecta su capacidad de respuesta ante las necesidades y solicitudes del hijo. Se alteran la vivacidad del gesto y del pensamiento, así como la capacidad de jugar y disfrutar del hijo, su desarrollo y su crianza. Capturada por sus propias necesidades y su propia desconfianza en sí como madre, equivoca la percepción de las señales del hijo, a las que responde en forma desvitalizada.

La mujer se encuentra, de hecho, en una situación paradójica (Weissman 1972) pues se siente insatisfecha, desvalorizada y abandonada pero no puede soportar las demandas de amor de su pequeño hijo, demasiado contaminadas por las necesidades y dependencia del bebé.

Tampoco soporta bien que crezca y se vuelva más autónomo pues esto la confronta a su pérdida en un futuro, mostrando una profunda dependencia mutua que desestimula las exploraciones y estimula la cercanía física (Hakalsé, citado por Guedeney 1989).

Green (1986) crea el concepto de “Complejo de la Madre Muerta” para designar las vastas consecuencias psíquicas y vinculares que se generan a lo largo de la vida de una persona cuya madre ha sufrido una depresión

Green (1986) crea el concepto de "Complejo de la Madre Muerta" para designar las vastas consecuencias psíquicas y vinculares que se generan a lo largo de la vida de una persona cuya madre ha sufrido una depresión mientras el niño transitaba la primera infancia

Estas observaciones pioneras fueron confirmadas por investigaciones empíricas y se desarrollaron en conceptos como el apego inseguro evitativo y los trastornos del apego

En nuestro medio, las investigaciones del GIEP han encontrado la depresión materna como un factor significativamente asociado a las dificultades de desarrollo del niño

mientras el niño transitaba la primera infancia. Se trata de una depresión grave no preexistente y muchas veces abrupta (sea por un duelo –jerarquizándose en este caso la pérdida de otro hijo–, o por otras causas, en especial conflictos maritales). El rasgo permanente es que la madre ha quedado profundamente malherida en su autoestima, lo cual la lleva a perder interés en el niño, cuya presencia ya no logra alegrarla.

Se especifica claramente que no se trata de la muerte real de la madre, cuadro devastador pero que carece de lo ambiguo (y, por lo tanto, desestructurante) de esta situación. Por otra parte, al ser un fenómeno más intangible, hay muchas veces una total falta de percepción del problema por parte del entorno del niño.

Este trabajo es un clásico en el tema de la depresión materna y sus efectos. Presenta estas observaciones pioneras que luego se desarrollaron en conceptos surgidos de la investigación empírica, como el de apego inseguro evitativo (Ainsworth 1992) o los trabajos más recientes que encuentran asociaciones significativas con trastornos del apego (por ejemplo: Zeanah y Emde 1994). Se relaciona también a los antecedentes de las observaciones de Spitz (1965) sobre los efectos devastadores sobre el niño de la separación abrupta respecto a su madre en el primer año de vida.

Otro mojón fundamental en la sensibilidad del mundo clínico y académico sobre la importancia de las primeras interacciones es el clásico trabajo de Winnicott (1967) sobre el papel de espejo del rostro de la madre en el desarrollo del niño, en el cual plantea cómo el niño descubre el mundo y a sí mismo a través de lo que su madre ve en él y refleja en las interacciones gestuales y verbales entre ambos.

La literatura sobre los efectos a largo plazo de esta situación crece día a día y recientemente se ha asociado también este antecedente con la hiperactividad en el niño, cuadro muchas veces manejado en forma exclusivamente de manera farmacológica.

En nuestro medio, las investigaciones del GIEP (Bernardi y cols 1996) han encontrado no sólo la depresión materna como un factor significativamente asociado a las dificultades de desarrollo del niño, sino que específicamente el cuadro de la madre que no contesta y no responde al niño aparece como factor principal de estas dificultades, a veces irreversibles.

Según Green, uno de los rasgos característicos de esta situación es que el niño conoció un vínculo afectivo y afectuoso, vital y estimulante para él, con una madre que lo reconocía y valoraba en tanto sujeto y le daba un lugar

claro en la inauguración de un vínculo destinado a ser modelo de muchos otros posteriores. El niño sufre una decepción profunda respecto a esta “promesa” que lo invitaba a vivir y le mostraba que tenía un lugar en el mundo de su madre, centro de su experiencia en la primera infancia.

La pérdida de esta felicidad conocida se ha comparado a los terremotos que destruyen las civilizaciones. Al igual que en las cenizas de Pompeya, solo queda un “núcleo frío”, un remanente desvitalizado de lo que fue. No sólo hay una pérdida vincular y afectiva sino una pérdida de sentido: el niño no comprende qué ha pasado. Al sobrevenir estos cuadros muchas veces en la edad en que el lactante comienza a percibir la relación entre sus padres, el niño procura en el padre el afecto perdido.

Sin embargo, son pocos los casos en el que el padre logra percibir el drama del niño y responde empáticamente a él, siendo una de las razones de su incompreensión del drama del hijo su preocupación por el estado en que se encuentra la madre del niño. Otro rasgo característico es que la madre no desaparece, sigue allí, y por lo tanto, el niño queda prisionero de la expectativa de recuperar (o incluso él mismo tratar de revitalizar) a la madre, imposibilitado de buscar otros vínculos que reemplacen el lugar de la madre, como hace todo niño cuya madre efectivamente muere o se desvincula definitivamente de él. Se trata de un cautiverio en el cual tampoco es posible rescatarse a través de la agresión, pues la madre no maltrata ni agrede y, por otra parte, está tan desvitalizada que tampoco genera situaciones que inviten a una respuesta agresiva.

El primer intento del niño es rescatar a la madre, en la actitud que posteriormente se ha denominado “bebés terapeutas”, pero luego cae también en la depresión, siendo la llamada depresión del lactante -un cuadro profusamente estudiado (notoriamente, Golse 2001)- para pasar luego a manifestaciones ligadas a un cierto retraso del desarrollo o incluso el riesgo somático (Kreisl 1974).

Los estudios clínicos de Green plantean que estas personas no presentan signos de depresión ni en la infancia ni posteriormente en la vida adulta y, por ello, se habla en estos casos de una “depresión blanca” o “duelo blanco” enmarcándose en lo que hoy se denomina “patologías del vacío”. No hay una muerte tangible, externa de un ser muy querido; hay una muerte interna de uno mismo, a veces como mecanismo para seguir vivo pero luego se refleja en un fracaso de la vida afectiva amorosa o profesional. En los procesos psicoanalíticos aparece en estas personas en la vida adulta una incapacidad para amar, para sacar partido de las propias capacidades y, cuando eso se consigue, adolecen de una profunda insatisfacción con el resultado.

Para algunos otros investigadores, las repercusiones sobre los niños no son tan claras. A. Guedeney, quien dirige servicios de atención a madres y niños pequeños en el primer nivel de atención en Francia, ha insistido en que en vez de utilizar el término “depresión precoz” en el lactante se hable de “reacción precoz y durable de la retracción en el vínculo”, jerarquizando tanto el aspecto relacional del problema como su potencial reversibilidad.

Para algunos otros investigadores, las repercusiones sobre los niños no son tan claras

Hay una reiterada constatación en los estudios recientes de que no todas las madres deprimidas tienen dificultades en la relación con sus hijos ni todos los hijos de madres deprimidas resultan afectados

Cox y cols. (1982), partiendo de los resultados de sus investigaciones previas, estudiaron 93 de las 103 madres que habían estudiado 3 años antes. No hallaron perturbaciones significativas en los niños, aún cuando la depresión materna había durado un año o más. Sin embargo, hallaron perturbaciones, si bien no de grado relevante, en niños cuyas madres habían tenido episodios depresivos breves, planteando la hipótesis que estos episodios resultan más disruptivos para el niño que una situación vincular difícil pero estable y predecible en el tiempo. Se plantea también (Wrate y cols 1985, entre otros) que la metodología de evaluación del estado emocional o las características conductuales del niño es fundamental.

Se cuestiona que muchos estudios se basan en interrogar a la madre, quien ofrece un relato del niño sesgado por su propia mirada depresiva y su baja autoestima como madre, así como por su dificultad en manejar problemas de crianza que pueden estar dentro del rango de conductas normales para la edad de su hijo.

Usando medidas estandarizadas similares a las que se usan en estudios que señalan repercusiones en el hijo y con una metodología confiable, Ghodsian y cols (1984) no hallaron relación entre la depresión materna a los 4 meses y alteraciones posteriores en el niño.

El grupo de investigación de un experto de la talla de P. Mazet (Rosenblum y cols 1999) ha hallado, incluso, diferencias en un sentido opuesto a lo esperado en los puntajes de desarrollo en los hijos de madres deprimidas, especialmente en las áreas del lenguaje y el desarrollo motriz, lo cual es concordante con las observaciones de Green (1984) sobre el desarrollo precoz de la inteligencia. Los autores teorizan estos desarrollos como formas precoces en que el niño busca revitalizar a la madre, siendo estas conductas de alta visibilidad que muestran a un niño saludable y de buena evolución un aspecto que la madre estimula, acosada por la preocupación por el desarrollo normal del niño.

Por otra parte, Cramer (1992), quien ha conducido seguimientos prolongados a niños recibidos en su servicio en la temprana infancia, plantea que una evolución no poco frecuente es el hecho de que estos niños desarrollen en la vida adulta notables capacidades de altruismo que les llevan a adoptar profesiones vinculadas al cuidado de otros, como las vinculadas a la salud o la educación.

Debido a que hay una reiterada constatación en los estudios recientes de que no todas las madres deprimidas tienen dificultades en la relación con sus hijos/as ni todos los hijos/as de madres deprimidas resultan afectados,

se ha tratado de comenzar a investigar en mayor detalle cuáles son las características y factores de riesgo específicos que efectivamente resultan deletéreos para los niños/as liberando de tal consideración otros factores.

De esta forma, un estudio reciente (Doesum y cols 2007) halló que la combinación de tres factores resultaban especialmente determinantes: el nivel educativo, el nivel de ingresos familiares y la sensación de inseguridad de las madres respecto a sus capacidades y competencias como tales.

Se destacaron dos grupos claros de riesgo: mujeres más jóvenes con mayores índices de depresión y mujeres un poco mayores con una pobre percepción de sí mismas como madres. En ambos grupos, las carencias de soporte social resultaban determinantes. Al igual que en otros estudios, en la muestra global, la severidad de la depresión no se asoció con mayores repercusiones en el niño. A diferencia de otros estudios, las características del niño tampoco se asociaron a mayores dificultades maternas.

Resulta entonces especialmente relevante, desde una postura tanto ética como de rigurosidad científica, que se atienda a esta perspectiva vincular de la problemática que plantea B. Cramer y que se analicen críticamente los trabajos que plantean los efectos sobre el hijo. Así, uno de ellos (Bartlett y cols 2004) es citado reiteradamente invocando su resumen que solamente menciona efectos negativos de la depresión materna sobre el cuidado médico de niños y niñas que padecen asma. Una lectura cuidadosa del trabajo refleja como estas madres no dejan de llevar a sus hijos a control, que no dejan de concurrir a la Emergencia cuando es necesario y la evolución de los niños en términos de la enfermedad no difiere de aquellos cuyas madres no están deprimidas. La diferencia radica en que cada crisis de asma significa para las madres un desgaste y estrés mucho mayores que para las madres no deprimidas y que hay un peor uso de los inhaladores por falta de prolijidad en la secuencia de las inhalaciones.

Bertrand Cramer (1993), quien se ha ocupado especialmente no sólo de la detección del problema sino del diseño de terapéuticas específicas (las llamadas terapias breves madre-bebé) así como de la evaluación de proceso y resultados de las mismas, ofreció una mirada global del problema en una sesión plenaria del V Congreso Mundial de Salud Mental del Lactante (Cramer 1992).

En su perspectiva, la depresión materna se convirtió en el paradigma del peso de las influencias ambientales sobre el desarrollo, especialmente luego de los efectos de la privación materna y de la falta de estimulación y apoyo emocional maternos como factores de riesgo mayores para el desarrollo del niño. Los trabajos pioneros enfatizaron la falta de riqueza emocional, la ausencia de estimulación cognitiva y social y el vacío de vínculo intersubjetivo como causas fundamentales de los efectos sobre el niño de la depresión materna. Se manejó entonces la teoría etiopatogénica del déficit, en una metáfora asimilable a la de la deficiencia vitamínica. Esta hipótesis se testeó retroactivamente mostrando el grado relevante de patología psiquiátrica en hijos/as de madres deprimidas.

Para Bertrand Cramer (1993), la depresión materna se convirtió en el paradigma del peso de las influencias ambientales sobre el desarrollo del niño

Si bien la hipótesis del déficit se encuentra suficientemente bien sostenida empíricamente, es importante detallar su modo de acción, es decir cuáles son los factores mediadores que efectivizan el daño sobre el/la niño. Se plantean entonces varias posibilidades:

- El hecho de que la depresión sea resultado de alteraciones más profundas de la personalidad de la mujer y que sean éstas las que en realidad producen el daño mayor (por ejemplo, déficits importantes en la capacidad de comunicación).

- La duración de la depresión: múltiples estudios insisten en la importancia de la detección en intervenciones precoces, dadas las evidencias de que el efecto sobre el niño es altamente dependiente de la duración de la depresión materna.

- Los estresores ambientales que han generado la depresión pueden resultar dañinos en sí mismos por acción directa sobre el/la niño, jerarquizándose el caso de la tensión familiar y conflictiva de la pareja parental.

- El significado subjetivo de la depresión no es de importancia menor: los efectos serán muy diferentes si el eje de temática depresiva es el/la niño/a y su cuidado o, por el contrario, el hijo/a es percibido como la única luz de esperanza y la madre protege especialmente el vínculo con él/ella (el hijo como fracaso o como esperanza).

- Resulta también central determinar la forma en que el niño lidia con la depresión materna: resulta fácil evaluar los déficits en el desarrollo cognitivo, por ejemplo, pero mucho más difícil detectar el desarrollo de lo que se ha llamado *falso self* o *falso sí mismo* (Winnicott 1958) implica alteraciones profundas y ampliamente deletéreas de la salud mental del/la niño. Esta línea de investigación, si bien es metodológicamente mucho más compleja, resulta de capital importancia, pues la mayoría de los estudios experimentales muestran justamente que la reacción del niño, aún en los primeros meses, es “forzar” en sí mismo una alegría y vitalidad que no son espontáneas sino un recurso extremo para revitalizar a una madre de la que precisa afectivamente en forma imprescindible.

- La gravedad del cuadro depresivo es también importante pero no hay una relación directa entre gravedad y repercusión, pues varios estudios epidemiológicos (por ejemplo, Murray y Cox 1995) indican que muchas mujeres transitan una depresión que no llega a lo que se denomina un trastorno afectivo mayor. Estas depresiones de bajo ruido suelen ser

Es importante detallar cuáles son los factores mediadores que efectivizan el daño sobre el/la niño/a. Se plantean varias posibilidades:

·la depresión como resultado de alteraciones más profundas de la personalidad

·la duración de la depresión

·los estresores ambientales que han generado la depresión

·el significado subjetivo de la depresión (el hijo como fracaso o como esperanza)

·la gravedad del cuadro depresivo es importante si bien no hay relación directa entre gravedad y repercusión

prolongadas en el tiempo y pueden durar hasta dos años. Últimamente han tendido a asociarse con efectos mayores sobre el/la niño/a, probablemente porque el entorno no las detecta y no toma acciones reparatorias o compensatorias.

- La forma en que se manifiesta la depresión materna no es de importancia menor. En muchas mujeres toma la forma de retracción y desvitalización en el vínculo y se describe según el modelo del déficit, pero algunos estudios (Guedeney 1989) muestran que alrededor de la mitad de las madres deprimidas presentan, por el contrario, una predominancia de actitudes intrusivas y agresivas.

- En algunos casos, las madres deprimidas tratan de sobrecompensar lo que sienten como maternaje inadecuado con una sobreprotección ansiosa que las agota, incrementa su sensación de desborde frente a la maternidad y produce en el niño un efecto duradero de daño a su autonomía acompañado de una sensación subjetiva de vulnerabilidad.

- Los estudios clínicos en base a psicoterapias de orientación psicoanalítica, que permiten develar los contenidos subjetivos de la depresión materna, muestran el proceso activo por parte de la madre de atribución de significados y proyección de aspectos propios sobre el hijo y sus conductas. No resulta menor, obviamente, cuál es el tono de estos significados atribuidos al niño y su existencia: el aniquilamiento de un proyecto profesional, la salvación respecto a un futuro de soledad, dejar de tener vida propia, etc. Según Cramer (1992), este aspecto resulta clave tanto en el origen de la depresión materna como en sus efectos sobre el hijo.

- Otro aspecto a tener en cuenta es que lo que se detecta en el niño experimentalmente como déficits cognitivos, de desarrollo, etc pueden no ser tales sino (como ya lo había descrito Green) las manifestaciones visibles de un movimiento de rescate de sí mismo/a y de su madre a través del procedimiento defensivo de identificarse con ella para no perderla y volverse como ella, según el patrón básico de desarrollo normal en el cual los hijos van tomando características de los padres. Cramer (1992) plantea que una dificultad adicional para la investigación es que estos aspectos pueden no ser visibles inmediatamente sino que pueden aparecer tardíamente, especialmente cuando se vuelve madre la niña que transitó una depresión de su propia madre en la primera infancia.

En resumen, Cramer propone considerar las depresiones maternas no como una patología materna sino como un trastorno del vínculo temprano madre-

La forma en que se manifiesta la depresión materna es de importancia,

En algunos casos, las madres deprimidas tratan de sobrecompensar lo que sienten como maternaje inadecuado con una sobreprotección ansiosa

Hay un proceso activo en la madre de atribución de significados y proyección de aspectos propios sobre el hijo

Resulta central determinar la forma en que el niño lidia con la depresión materna: lo que parecen déficits no son tales sino las manifestaciones visibles de un movimiento de rescate de sí mismo y de su madre

hijo postulando que los efectos de la depresión materna sobre el hijo están mediados por estilos interactivos, los cuales -a su vez- están determinados por el significado subjetivo que tiene la relación para la madre.

Las evidencias que sostienen este planteo son de fuentes tanto clínicas como epidemiológicas. Luego de un promedio de doce sesiones de terapia breve madre-bebé, las repercusiones sobre el niño tienden a disminuir notoriamente o desaparecer; la depresión materna mejora y persisten en forma moderada (evaluaciones realizadas con la Escala de Beck) sobre todo los aspectos vinculados a la baja autoestima. En la medida en que, al mejorar la relación mejora la depresión materna, se postula que ésta, por lo menos en parte, es también producida o retroalimentada por las perturbaciones en la relación al hijo/a y la percepción de los efectos sobre éste/a (Cramer y Palacio-Espasa 1993).

Cramer plantea, entonces, como alternativa a la hipótesis deficitaria clásica, una hipótesis de discontinuidad. Los estudios clásicos de Paffenbarger (en Brockington y Kumar 1982), ya citados, muestran un incremento dramático de la patología psiquiátrica luego del parto, lo cual se entiende como sustento de la hipótesis de que el nacimiento y la creación del nuevo vínculo y la nueva identidad como madre son o bien causa en sí o bien removedores de trastornos y conflictos no resueltos pero compensados y sin efectos hasta entonces. Se plantea que la tormenta subjetiva que genera en la madre y el padre la llegada del hijo reactiva conflictos del pasado en ambos, los cuales tienden a ser depositados en el recién nacido, dada su característica que el autor denomina "enigmática". Su falta de vocalizaciones, la dificultad en descifrar sus motivaciones (todavía indefinidas muchas veces para él mismo) empujan a los padres a depositar en él/ella fantasmas del pasado. Éstas pueden convertirlo en un ser angelical que llena de orgullo y satisfacción. Si, por el contrario -tal como ocurre en la depresión- el hijo es depositario de representaciones del pasado que hacen verlo como dañado o vulnerable, esto generará en los padres una actitud de sobreprotección que pronto les hará sentir exhaustos e incompetentes, siendo el bebé entonces percibido como un tirano que genera reacciones de agresividad y frustración. El sentimiento de culpa que surge de esta constelación nutre abundantemente una depresión que tiende a ahondarse al paso de los meses.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio, se les preguntó a las madres sobre cómo percibían a sus hijos. Se indagó específicamente sobre 13 características y ellas debían contestar por sí o por no.

Cramer propone considerar las depresiones maternas no como una patología materna sino como un trastorno del vínculo temprano madre

En el presente estudio, se les preguntó a las madres sobre cómo percibían a sus hijos

Las mujeres deprimidas caracterizan a sus hijos en mayor proporción que las no deprimidas a través de cualidades estresantes

Como puede apreciarse en el cuadro 4, que marca las diferencias entre uno y otro grupo, las mujeres deprimidas caracterizan a sus hijos en mayor proporción que las no deprimidas a través de cualidades estresantes como, por ejemplo, irritable, difícil de calmar, nervioso, llorón, etc. No se puede saber si los niños objetivamente presentan estas características o es la percepción de la madre, a través de su depresión, que hace que se jerarquicen estos aspectos.

Cuadro 4: Opinión sobre característicos de sus hijos/as según depresión.

CARACTERÍSTICAS	NO DEPRIMIDAS	DEPRIMIDAS	TOTAL
Tranquilo	59,8%	52,8%	58,60%
Irritable	3,30%	7,10%	4,00%
Demandante	16,80%	16,40%	16,80%
Mimoso	80,80%	73,50%	79,60%
Difícil de calmar	2,00%	19,50%	4,90%
Duerme demasiado	11,30%	3,20%	9,90%
Jugueterón	61,50%	50,40%	59,70%
Inquieto	40,60%	37,40%	40,00%
Indiferente	1,10%	2,40%	1,20%
Nervioso	7,70%	25,70%	10,70%
Llorón	13,10%	17,90%	13,90%
Vivaz	52,70%	39,10%	50,40%
Comprador	49,20%	41,60%	47,90%

En la literatura especializada se habla de lactantes que son “mother killers” por su incapacidad de saciarse, calmarse o ser gratificantes en el vínculo. De la misma forma, hay no sólo madres deprimidas y deprimentes sino también bebés deprimentes, sea por características temperamentales (apatía, poca capacidad de respuesta), físicas (fealdad, sexo opuesto a lo esperado), circunstanciales (cólicos del primer trimestre o reflujo) o porque su crianza implica dificultades o fracasos que quizá no se esperaban. En definitiva, lo que muestran los estudios son asociaciones estadísticas, no causas y aquello que habitualmente se lee en una dirección (los problemas de la madre afectan al hijo/a), también puede leerse en sentido opuesto.

Así, por ejemplo, un estudio que muestra destete precoz y mayores dificultades en la lactancia y alimentación del lactante (Dennis y McQueen 2007), da por obvio que éstos son efectos de la depresión materna pero no considera que quizá el efecto sea inverso y son estos hechos los que producen la depresión en vez de ser producidos por ella.

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Si bien no ha sido un objetivo de este estudio evaluar la relación temprana madre-hijo según métodos observacionales u otros, es pertinente introducir en este informe una reflexión sobre el tema de las consecuencias de la depresión materna sobre el vínculo y, por lo tanto, sobre la salud del hijo.

En una perspectiva situacional del problema (Defey 2002), se puede apreciar cómo, en el contexto de un sostén ambiental lábil, tenue o inexistente, y pivotando sobre una falta de sincronía entre madre e hijo, se va desplegando una secuencia en la que se encuentran por primera vez una madre y su hijo. En el encuentro (o desencuentro) jugarán las características de ambos, que podrán ser permanentes (rasgos de personalidad de la madre, irritabilidad del niño, etc.), o circunstanciales (dificultades conyugales, internación del niño o comentarios desestimulantes del personal sobre las capacidades maternantes de la madre, etc.).

Esto genera una situación en la que la madre (que muy probablemente esté lidiando con su depresión postparto normal en los primeros días o semanas) tenga dificultades en decodificar los mensajes del hijo, aún confusos y ambiguos. Al no ver satisfechas sus necesidades, éste se vuelve más irritable y difícil de satisfacer, con lo cual la madre es más probable que falle en sus conductas maternantes.

Aquí comienza un cierto nivel de riesgo para el lactante, dado que las fallas de su madre en la sensibilidad, decodificación y abordaje de problemas de crianza pueden alcanzar el cuidado de la salud. Estas repercusiones, a su vez, comienzan a deteriorar la autoestima materna, que comienza a deprimirse y retirarse del vínculo (en una de las modalidades descritas de depresión) o volverse ansiosa e intrusiva en exceso (en la otra modalidad). El niño se repliega, disminuyendo su apetito relacional, con lo cual comienza un daño al vínculo, dado que la madre siente que ha fracasado como madre y ve desdibujarse su identidad como tal.

El niño puede presentar a esta altura síntomas físicos de relevancia y estamos entonces en la puerta de lo que ya es un trastorno del vínculo que puede desembocar en un daño estructural para ambos. Hablamos de daño estructural pues el niño se halla en su período de estructuración psíquica; en la madre, fracasar gravemente en la maternidad, en nuestra cultura, constituye una herida en su autoestima y un peso de culpabilidad que muchas veces dejan daños permanentes.

Pero también se ha señalado recientemente (Valdéz 2009) la importancia de ser cuidadosos a la hora de divulgar no sólo la prevalencia de la depresión materna sino sus efectos sobre el hijo. Tal como se ha relevado, hay una abundancia –casi diríamos exuberancia– de bibliografía ilustrando los efectos deletéreos. Esta ha sido generada para alertar sobre la importancia de detectar y tratar la depresión materna por parte de los sistemas sanitarios y los profesionales de la salud, especialmente los pediatras, que son quienes tienen una oportunidad mayor de estar en contacto con la madre en ese crítico primer año. Sin embargo, la mera enumeración

Se ha señalado recientemente la importancia de ser cuidadosos a la hora de divulgar no sólo la prevalencia de la depresión materna sino sus efectos sobre el hijo

Golse (2001): las depresiones maternas no pueden ser manejadas de forma culpabilizante

Aún cuando el origen de la depresión del bebé esté en la problemática materna, es importante tener en cuenta que un bebé deprimido es también un bebé que refuerza la depresión materna

de los datos tal como aparecen en las conclusiones y resúmenes de las investigaciones (que son lo que se reproduce y cita) tienden a dar una visión dramática que puede resultar sumamente dañina para las madres y –en definitiva – los hijos/as.

Golse (2001) plantea claramente que no todas las depresiones del lactante son debidas a la depresión materna ni todas las depresiones maternas inducen depresiones en el lactante, jerarquizando el concepto de que las depresiones maternas no pueden ser manejadas de forma culpabilizante, ya sea en forma explícita o implícita. Alerta sobre el peligro de que la depresión materna sea utilizada para reintroducir sutilmente una visión etiopatogénica simplista de la psicopatología infantil. Señala que, si bien la madre puede deprimir al bebé, éste también puede deprimir a la madre.

Aún cuando el origen de la depresión del bebé esté en la problemática materna, es importante tener en cuenta que un bebé deprimido es también un bebé que refuerza la depresión materna.

En un estudio por demás valioso (Beneghan y cols 2004), se indagaron a través de metodología cualitativa (grupos focales constituidos exclusivamente por mujeres que tenían puntajes indicadores de depresión en las escalas correspondientes), las razones por las cuales las madres no consultaban por su depresión o incluso la ocultaban. Aparecieron las razones esperadas: humillación por no cumplir con los ideales culturales respecto a la maternidad, desesperanza de hallar alguna solución, falta de conciencia de enfermedad sintiéndose no enfermas sino simplemente “malas madres”, no sentirse merecedoras de ayuda, etc. Sin embargo, apareció como dato clave un elemento inesperado: el temor intenso a que se retirara a la criatura de su contacto y cuidado.

Preferían sufrir su situación en silencio y soledad antes de correr el riesgo de perder un hijo que, sin duda, les importaba y querían pero al cual se sentían imposibilitadas de atender con el entusiasmo y alegría que tanto ellas como el entorno hubieran esperado.

Emerge, entonces, una imagen que no es de una madre despreocupada o “peligrosa” para su hijo, tal como suele rotularse de “negligente” a muchas madres en la historia clínica. Es importante comprender que no se trata aquí de madres que no tienen interés en su hijo o que lo han tenido sin buscarlo o presionadas por las circunstancias sino, por el contrario, de aquellas madres que más se preocupan por cumplir cabalmente lo que entienden que es el rol maternal esperado y por satisfacer las necesidades del niño (Assanelli y Defey 1997)

Aún los estudios experimentales “duros” precisan ser mirados con cautela. El estudio de Lundry y cols (1997) en el que se muestran las diferentes reacciones a expresiones de alegría o tristeza, sólo incluyen en el resumen la diferencia (impactante, por cierto) entre los dos grupos de niños.

Sin embargo, en la discusión de los resultados, lo primero que se aclara es que no hubo diferencias en la respuesta global entre los dos grupos de niños, siendo un solo ítem el que mostraba una diferencia, la cual aparece descrita en la discusión como una tendencia leve a mirar más hacia el rostro triste, no mostrando claramente una preferencia por él (como puede interpretarse de la lectura del resumen).

Se explicita también en la discusión que probablemente las madres deprimidas hagan esfuerzos por mostrarse más alegres y demostrativas en el contacto con sus hijos que lo que demuestran al contestar la escala.

De forma por demás preocupante desde esta perspectiva crítica, el mismo grupo de trabajo (Abrams y cols 1995) publica una investigación en la que un magro resumen de siete renglones describe los resultados de pruebas administradas 24 horas luego del parto a 47 recién nacidos cuyas madres sufrían de depresión, comparándolos con 36 hijos/as de madres no deprimidas. La muy conocida Escala de Brazelton mostraba peores resultados en los ítems de orientación ante estímulos inanimados, menor tono motor y actividad así como menores puntajes de fuerza, resistencia y mayores de irritabilidad en recién nacidos cuyas madres sufrían de depresión. Estos recién nacidos son descritos como más aletargados, tensos y poco dispuestos a la interacción.

Lo preocupante reside en que, en el texto del trabajo, se explicita que éste tiene como fin evaluar cuánto puede haber de causas de la depresión materna en dificultades específicas para el vínculo que presenten sus hijos al nacer. Además de evaluar posibles efectos no vinculados a la depresión en sí de las mujeres (genéticos, del ambiente prenatal u otros). Tampoco se explicita en el resumen que la respuesta de los bebés fue más pobre ante estímulos inanimados pero adecuados ante estímulos humanos. Se citan trabajos que muestran que los hijos/as de pacientes con una depresión previa tienen un umbral sensorial más alto y requieren estímulos más activos para responder adecuadamente.

Vemos así un manejo peculiar de la información científica, que puede asimilarse a lo que ocurrió en la década de 1990 con la maternidad en la adolescencia: se jerarquiza y divulga un solo aspecto de una realidad polivalente y compleja, con el consiguiente efecto deletéreo para las personas que se pretendió ayudar.

Por tanto el cuidado del manejo de la información de la presente información y las decisiones de acciones que con ésta se tomen, resultan de especial cuidado.

ANÁLISIS DE VARIABLES DEPENDIENTES

Como se pudo apreciar a lo largo de este informe, existen diversas variables que parecen incidir sobre la existencia de depresión en madres de niños menores a un año. Si bien el análisis descriptivo realizado permite identificar aquellas condiciones que parecen tener mayor incidencia sobre un grupo u el otro (deprimidas o no deprimidas), en dicho análisis no es posible inferir dependencia o independencia estadística entre las variables desde el punto de vista estadístico. Apreciar la existencia de dependencia estadística permite conocer en mayor detalle cuáles son los factores que efectivamente están incidiendo sobre la depresión.

Existen diversas variables que parecen incidir sobre la existencia de depresión en madres de niños menores a un año

Tomando en cuenta que el trabajo ofrece la posibilidad procesar datos sobre dos poblaciones que pueden considerarse como dos muestras independientes (depresivas y no depresivas), se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, que permite conocer la significación o asociación entre dos variables.

Cabe aclarar que no indica el grado o el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra, o la variable que causa la influencia, pero permite conocer cuáles de ellas poseen una relación de dependencia con la depresión. Esto significa que, si bien en el análisis descriptivo pueden aparecer variables que parecen tener relación con la depresión, aplicando la prueba de chi cuadrado, ésta nos indica que no hay dependencia entre ellas, por tanto la aparente asociación inicial se debe a otros factores, pero no a la dependencia de estas variables.

Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, que permite conocer la significación o asociación entre dos variables y cuáles de las variables poseen una relación de dependencia con la depresión

Debe tomarse en cuenta que el fenómeno estudiado (la depresión) es consecuencia de varias circunstancias, variables que deben ser leídas de forma conjunta, por lo que una aparente relación puede deberse a otras causas, pero no estrictamente a la variable observada.

Aplicando esta prueba, observamos que las variables más importantes, que **no presentan relación de dependencia** con la depresión según estos criterios son:

El hecho de que trabajen o no, así como la cantidad de horas que trabajan, el número de hijos, la edad de la madre, la existencia de problemas de salud, haber sido acompañada en el momento del parto, el estado civil, el hecho de que el padre biológico viva con la madre, el nivel educativo, o la cantidad de personas que viven en el hogar.

Las variables que presentan relación de dependencia son:

- “antecedentes de depresión”, según la percepción de la madre

- variables que se relacionan con el apoyo y reclamo afectivo de la pareja hacia la mujer, así como la existencia de problemas con ésta

- variables relacionadas al apoyo para el cuidado de los hijos

- haber vivido situaciones de sucesos relevantes luego del nacimiento del hijo.

- i) problemas económicos;
- ii) desilusión respecto a personas importantes;
- iii) haberse mudado;
- iv) personas cercanas fallecidas y
- v) pérdida de trabajo

Observando las variables que **sí presentan relación de dependencia**, a partir de la aplicación de la prueba de Chi cuadrado, se pueden construir cuatro grandes categorías analíticas que clasifican el tipo de variables:

1) Por un lado, se pueden ubicar aquellas variables que pueden ser clasificadas como “**antecedentes de depresión**”, siempre según la percepción de la madre exclusivamente. Aquí se ubican tanto las variables que indican depresión a nivel de pareja como la de la mujer; en ésta, a su vez, se presentan tanto las variables que se relacionan con **percepción de depresión durante el embarazo** como en el puerperio. La condición de percepción de depresión, sea tanto de la mujer como de su pareja, durante el embarazo o en el puerperio, deja en evidencia la importancia de que el equipo de salud que entra en contacto con ellos esté en conocimiento de estos antecedentes para poder actuar en forma preventiva frente a posibles situaciones de sufrimiento subjetivo en un nuevo embarazo. La información procesada nos confirma que la **percepción de que su pareja podría estar deprimida** es una variable que incide en la depresión de la mujer. Esto se podría relacionar a que un hombre deprimido no tenga la disponibilidad suficiente para ser un acompañante y apoyo efectivo tanto para las necesidades afectivas de la madre como para ser una ayuda real frente a los altos requerimientos de la crianza de un lactante.

2) Por otro lado, se presentan aquellas variables que se relacionan con el **apoyo y reclamo afectivo de la pareja hacia la mujer**, así como la existencia de problemas con ésta. Esta vivencia de déficits en las relaciones de pareja que tiene la mujer deprimida se potencia no sólo en relación a cómo ella se está sintiendo sino que también tiene una fuerte relación a la atención del niño.

3) Relacionado al punto anterior, existe otra clasificación, en la que pueden ubicarse a las variables relacionadas al **apoyo para el cuidado de los hijos**. La mujer siente que su pareja no acompaña en los cuidados, no siente que exista una corresponsabilidad de roles y funciones en la crianza del niño. A partir de las encuestas de uso del tiempo¹², sabemos que es la mujer la que aporta más horas y dedicación al trabajo no remunerado, en especial cuando en la familia existen dependientes. Lo que no sabemos es por qué hay un grupo de mujeres en las que este aspecto es vivido como excesiva carga emocional, conduciéndola a la depresión, hecho que deberá analizarse con mayor detenimiento en posteriores investigaciones.

12- INE, INMUJERES, UNIFEM, UNFPA, FCS, 2009. Las bases invisibles del bienestar social.

La depresión materna puede ser más un sentimiento de “descontinencia” que un cuadro psicopatológico

4) Por último, y coincidiendo con la mayoría de las referencias bibliográficas presentadas en este trabajo, otra clasificación de variables que presentan dependencia estadística con la existencia de depresión, es la relacionada al hecho de haber vivido situaciones de sucesos relevantes luego del nacimiento del hijo. Dentro de los **sucesos relevantes** que presentan mayor representatividad en la población de mujeres deprimidas encuestadas, se encuentran: i) haber vivido o estar viviendo problemas económicos (25.3%); ii) desilusión respecto a personas importantes cercanas (22.6%); iii) haberse mudado (18.4%); iv) personas cercanas fallecidas (18%) y v) pérdida de trabajo.

Si bien esta clasificación puede resultar en cierta forma arbitraria, la misma permite dar algunas pistas para pensar acciones y dispositivos desde el ámbito de las políticas públicas, en especial aquellas vinculadas al sector salud. Esta tipología nos permite inferir que existe un grupo de madres que, en una proporción importante, **se ubican en estratos sociales de mayor desventaja social**, que presentan menores grados de capital social y, por ende, de contención tanto familiar como comunitaria en un momento tan importante de la vida como lo es la reproducción. Esto evidencia una especie de vacío, que lleva a las manifestaciones de percepción por parte de la mujer deprimida sobre la baja participación de su pareja y familia en el apoyo durante el período de embarazo, nacimiento y cuidados del niño.

Esta depresión, que para muchas de estas mujeres puede ser **más un sentimiento de “descontinencia” que un cuadro psicopatológico** que parece ser fruto de un sentimiento abrumador ante una promesa de felicidad incumplida, puede ser anticipada, detectada y, por ende, atendida desde distintos dispositivos de salud y de política pública, sin necesidad de mayores inversiones ni de nuevas institucionalidades.

Desde este tópico intentaremos en el siguiente capítulo aportar algunas grandes líneas que pueden realizarse para “contener” a mujeres madres con depresión post parto.

¿QUÉ HACER PARA CONTENER?

MEJORAR E INTEGRAR SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y APLICAR INSTRUMENTOS SENCILLOS Y EFECTIVOS PARA LA DETECCIÓN.

Los resultados a los que arriba esta investigación permiten acercarse a un mundo por lo general oculto y en el que es necesario poner en foco a la hora de imaginar y pensar acciones de protección a la primera infancia, a la mujer y a los derechos reproductivos y de crianza.

Es necesario mejorar los sistemas de información existentes en el sistema de salud que permita conocer la existencia de antecedentes de depresión

Contar con información continua y relacionada sobre el embarazo, puerperio y desarrollo del niño es un paso fundamental

Los pediatras como son figuras clave en la detección, captación y orientación de las mujeres que sufren una depresión

Para hacerlo visible, y por ende detectar a tiempo este problema, es necesario mejorar los sistemas de información existente en el sistema de salud. Lo demostrado en el presente estudio, permitió ver que los antecedentes familiares, de pareja y personales de depresión presentan una relación importante con la existencia de depresión materna.

El hecho de que el pediatra, la partera, el obstetra o el profesional que entre en contacto con la mujer y su pareja, cuente con una historia clínica del proceso del embarazo y que ésta a su vez permita conocer la existencia de antecedentes de depresión, resulta un paso importantísimo.

Existe un grado de consenso bastante generalizado en el hecho de que la primera infancia comienza desde el embarazo. Sin embargo, los sistemas de información y las prácticas suelen separar la atención de la mujer de la del niño. Si bien esto es correcto desde una perspectiva de derechos que enfatiza el hecho de que tanto la mujer, por un lado, como el niño, por otro, tienen derechos distintos que merecen ser escuchados en forma separada, en el caso de la depresión materna, es a través del niño que muchas veces se puede llegar a la madre y a su familia. Contar con información continua y relacionada sobre el embarazo, puerperio y desarrollo del niño es un paso fundamental no sólo para atender la depresión, sino para trabajar en forma integral la reproducción y el cuidado de la salud de la familia y de la primera infancia.

Un importante y creciente volumen de trabajos de investigación reciente se han dedicado a explorar la potencialidad de los pediatras como figuras clave en la detección, captación y orientación de las mujeres que sufren una depresión durante la primera infancia de sus hijos, dado que son los representantes del sistema de salud que se encuentran más cerca de la madre en ese período (Currie y Rademacher 2004, Henneghan y cols 2007), postulándose la necesidad de una detección de rutina (Kabir y cols 2008). Pero cuando se ubica a los pediatras en este rol, surgen, y con razón, preocupaciones en la falta de capacitación, de tiempo y sobrecarga de tareas (Olson y cols 2002).

Por otra parte, algunos se preocupan en el hecho de que la madre encuentre intrusiva esta evaluación y deje de traer al niño a la consulta, con lo cual se produciría no un beneficio sino un daño (Chaudron y cols 2007). Hay estudios que han evaluado la disponibilidad de las mujeres para hablar de este tema con los pediatras de sus hijos. Henneghan y cols (2004) utilizando metodología cualitativa (grupos focales) exploró esta posibilidad y halló que, si bien las mujeres mostraban una gran necesidad de hablar sobre sus sentimientos y dificultades preferían hacerlo con familiares o amigos, pues

El hecho del sufrimiento que genera la depresión materna genera daños y sufrimientos amerita que se realicen estudios de tamizaje (screening) como la Escala de Edimburgo

El personal asistencial de debería estar provisto de guías clínicas y capacitación para manejar una primera contención, captación y orientación de la madre en riesgo

temían que exhibir sus dificultades ante el pediatra podría llevar a que éste las condenara por ello y eventualmente planteara una quita judicial del niño. Plantearon que compartirían sus dificultades sólo con un pediatra que ellas sintieran que las “conoce bien”.

Un hecho a tomar en cuenta para atender el factor tiempo y sobrecarga de trabajo, refiere al instrumento que va a utilizarse para detectar la depresión. Diversos estudios muestran que la utilización de escalas permite una efectividad y eficiencia superior a la detección clínica. En estudios realizados en Estados Unidos, la detección clínica se muestra, por otra parte, en inferioridad de condiciones frente a una detección usando escalas validadas. Es importante, sin embargo, tener en cuenta que estos estudios son hechos en países en donde los profesionales de la salud no desarrollan las destrezas clínicas que son habituales en nuestro país.

La aplicación de escalas no requiere de la presencia de un especialista, sino que con un simple entrenamiento, personal técnico de salud puede aplicarlas. Currie y Rademacher (2004) citan estudios en los que, por ejemplo, la tasa de detección con escalas fue de 35% versus en 6.3% detectado por los pediatras; en otro, de 30 mujeres con puntajes indicadores de depresión mayor, en sólo 13 casos el equipo de atención primaria percibió que estaban deprimidas.

Es claro que, además de detectar, es necesario atender, pero la atención no necesariamente implica mayor “medicalización”, para lo cual es importante discernir si se está frente a un caso ubicado dentro del 7% (situaciones graves) o en el 9% (situaciones moderadas). Es claro que el nivel de urgencia y de necesidad de apoyo profesional en un caso es de mayor urgencia que en el otro.

De todas formas, tanto en uno como en otro caso, el hecho del sufrimiento que genera la depresión materna genera daños y sufrimientos que ameritan que se realicen estudios de tamizajes (screening). Afortunadamente, los instrumentos para realizarlos existen, son sencillos, costo-efectivos, inocuos y tienen suficiente sensibilidad y especificidad. Por ejemplo, la escala de Edimburgo, utilizada para este estudio, es autoadministrada, lo cual facilita la instrumentación de su aplicación (por ejemplo, en la sala de espera), debiendo solamente cuidarse la privacidad de los datos.

De todas formas, la realización de tamizajes no debería realizarse en un vacío asistencial. El personal asistencial de Pediatría o Medicina de Familia debe estar provisto de guías clínicas y capacitación para manejar una primera contención, captación y orientación de la madre que se ha

La Guía del Continuo de Atención de OPS (CLAP 2008) recomienda que el personal de salud “se ocupe del bienestar emocional de la madre”, ofrezcan soporte afectivo y facilite la orientación hacia el profesional especializado que la evalúe y asista.

La participación de la pareja, tanto en la contención a la mujer como en el cuidado de los niños tiene especial importancia

detectado por estar en riesgo o cursando una depresión a fin de derivarla a profesionales de Salud Mental que puedan ofrecerle un diagnóstico afinado y un tratamiento adecuado. Para ello, es imprescindible que los servicios de Pediatría tengan conexión con los de salud mental, que los pediatras en ejercicio reciban capacitación y que desde la formación de postgrado se incluya capacitación sobre el tema así como elementos que ayuden a tomar conciencia del rol capital que se ocupa en el continuo de cuidados del niño y su entorno.

En ese sentido, es estimulante comprobar que la Guía del Continuo de Atención de OPS (CLAP 2008) recomienda que el personal de salud “se ocupe del bienestar emocional de la madre”, ofrezcan soporte afectivo y facilite la orientación hacia el profesional especializado que la evalúe y asista.

CONOCER E INTEGRAR MÁS A LA FAMILIA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD.

Los resultados de la investigación permitieron demostrar la importancia que posee la participación de la pareja, tanto en la contención a la mujer como en el cuidado de los niños. Sabido es que los tradicionales estereotipos de género suelen separar al hombre de las responsabilidades que conciernen al cuidado de los más pequeños, predominando un paradigma en los servicios de salud, (modelo materno infantil) en donde la mujer es un vehículo de cuidado de la salud del niño y soliendo separar a la pareja hombre de ayudas y responsabilidades.

El desafío de fomentar la corresponsabilidad de género está presente y los cuidados y atención del embarazo, parto y crianza pueden ser un momento fundamental para hacerlo. Para ello no sólo hay que realizar acciones desde la calidad de atención en los servicios de salud sino que, además, resulta imprescindible conocer en mayor grado a las familias en sus diversas composiciones y estructuras. Para lograr esto, no sólo las familias deben acercarse a los servicios, sino que -fundamentalmente- los servicios deben acercarse a las familias.

Afortunadamente, existen en el sistema de salud uruguayo importantes dispositivos que permiten un mayor acercamiento a los hogares. En especial en ASSE cabe destacar el Programa Aduana, las agentes socioeducativas y las recientes parteras comunitarias. Todos estos profesionales, acciones y dispositivos que llegan al hogar pueden resultar sustantivos al momento de poder detectar situaciones de depresión.

No sólo las familias deben acercarse a los servicios, sino que -fundamentalmente- los servicios deben acercarse a las familias

En nuestro país existen experiencias de acompañamiento en el primer año de vida del niño

Los servicios comunitarios que atienden a las familias de niños pequeños como el Plan CAIF también constituyen un hábitat ideal para intervenciones preventivas y detección precoz

En nuestro país, las experiencias de acompañamiento en el primer año de vida del niño, dirigidas a madres adolescentes por parte de servicios estatales y algunas ONGs y a madres vulnerables por parte de algunas instituciones mutuales, proveen una continuidad de cuidados y resultan experiencias estimulantes que probablemente deben fortalecerse con capacitación, intervenciones y evaluación de las mismas en relación a la depresión materna. Los servicios comunitarios que atienden a las familias de niños pequeños como el Plan CAIF también constituyen un hábitat ideal para intervenciones preventivas y detección precoz.

Si se observa a nivel internacional, algunos programas y acciones que se implementan en determinadas regiones de EEUU y del Reino Unido, se desarrolla lo que se ha llamado “Befriending Young Mothers”, que podría traducirse como “generando amistad entre madres jóvenes”. En base a inserciones comunitarias de los servicios, se busca llegar a las madres que, por alguna razón, se encuentren en situación de vulnerabilidad, dada su inexperiencia o riesgo psicosocial. Aquellas que se encuentran en una situación de menor fragilidad son invitadas a participar como voluntarias para acompañar a las otras madres en funciones tanto prácticas (ayuda en el hogar, en prácticas de crianza, etc.) como de un sostén afectivo en momentos difíciles. Los programas han sido sumamente exitosos y las evaluaciones muestran una mejoría de ambos grupos de madres, siendo las que proveen la ayuda las que más se benefician del programa (Cox 1993).

En Suiza y Francia, se ofrecen servicios abiertos y de inserción comunitaria de orientación y apoyo a padres, denominados “Centre de Guidance”, donde se despistan situaciones de depresión materna ya instalada o de vulnerabilidad que puedan conducir a ella, ofreciéndose también tratamientos específicos, fundamentalmente psicoterapia madre-bebé. Esta puede ser tipo interaccional (centrada en las dificultades concretas de la madre para la crianza) o psicodinámico, buscando resolver los conflictos subyacentes al desencuentro entre madre e hijo y la consiguiente depresión de aquella.

En Ginebra se desarrolla un programa de detección precoz en el embarazo que permite detectar elementos prenatales de depresión o de alerta para la depresión post-parto. Por otra parte, se han diseñado jardines de infantes terapéuticos que funcionan al modo de una comunidad terapéutica para niños, buscando integrar las actividades educativas y de socialización con una perspectiva clínica y una planificación de actividades que atienda las necesidades de los niños en situación de riesgo para la salud mental, siendo los hijos de padres que transitan una afección psiquiátrica pasajera o permanente una de las principales poblaciones blanco (Cramer 1993).

El hecho de que los servicios de salud y comunitarios ofrezcan un clima “de cercanía” favorecen el logro de detección precoz de madres en situación de vulnerabilidad

El reciente convenio ASSE-CAIF busca generar condiciones de receptividad en los centros de salud

En algunos estados de Estados Unidos hay recomendaciones, mandatos e incluso incentivos económicos para aumentar la detección y captación de las mujeres en riesgo. Algunos servicios de salud incluyen un recordatorio automático en la pantalla de la computadora cuando se abre la historia clínica del niño, lo cual ha demostrado aumentar la detección (Kabir y cols 2008).

Incluso en policlínicas rurales se ha demostrado la factibilidad de instrumentar servicios de detección y orientación (Olson y cols 2006).

La Asociación Pediátrica Americana ha incluido dentro del rango de responsabilidades del pediatra la evaluación y consideración de los factores parentales y familiares que constituyen factores ambientales que puedan afectar el normal desarrollo del niño. Especificándose la depresión materna en esa categoría (Chaudron y cols 2007).

Algunos países ya han instalado programas nacionales de detección y abordaje temprano, tales como Holanda (Doesum y cols 2007) o Francia (Guedeney 1999, Tourette y Marcelli 1999). Estos últimos insisten en la importancia de que se pueda disponer de un sistema de visitas domiciliarias y en no limitarse a esperar una demanda explícita de ayuda por parte de estas mujeres culpabilizadas y desesperanzadas. En su experiencia, la detección precoz en los servicios de Maternidad, acompañadas por una invitación estimulante y no intrusiva es generalmente bienvenida, lo cual es luego seguido por intervenciones centradas en la empatía y valorización de la madre en su rol, procurando incrementar su autoestima. En la misma línea, Labart (1999) encuentra central que las mujeres madres reciban por parte del técnico una mirada que las valore a fin de que acepten y permanezcan en el tratamiento.

El hecho de que los servicios de salud y comunitarios ofrezcan un clima “de cercanía” favorece el logro de detección precoz de madres en situación de vulnerabilidad. Las acciones institucionales que tiendan a generar un ambiente más personalizado y de mayor calidez en los servicios no sólo favorecen la realización de los controles de salud, sino que además, crean un clima de confianza que hace más probable que revelen su situación y soliciten ayuda. En este sentido, el reciente convenio ASSE-CAIF busca, en nuestro medio, generar esas condiciones de receptividad en los centros de salud.

Resulta especialmente interesante el estudio conducido por el grupo de Cox (1998) en el Reino Unido, en el cual se instruyó en una capacitación breve a un grupo de experimentadas visitadoras sanitarias en técnicas de

Si bien la actuación del sector salud en este tema es clave, no toda la responsabilidad de la detección y atención es de éste

La comunidad y en especial los servicios de atención a la primera infancia pueden jugar un papel fundamental en esta tarea

En general, las Guías Clínicas más reconocidas plantean, en la base a la mejor evidencia científica disponible, un gradiente de intervenciones que es claramente aplicable a la depresión materna

counselling y en el tema de la depresión materna. Estas personas complementaron a lo largo de 8 encuentros su visita habitual de media hora para hablar de los cuidados del bebé con otra media hora en la que se hablaba con la mujer exclusivamente de sus dificultades y percepciones subjetivas de la experiencia de maternidad. Luego de las ocho “sesiones”, las madres (que tenían puntajes compatibles con depresión mayor) mostraban una mejoría significativa medida con la Escala de Edimburgo.

La instrumentación de grupos reducidos de embarazadas y/o puérperas con un abordaje tanto de preparación realista para la maternidad como de contención de las ansiedades y temores inherentes a la espera y llegada del hijo constituyen un hito fundamental, pues permiten una forma no intrusiva ni impersonal de detección de estas situaciones. Fomentar la participación de la pareja favorece el efecto preventivo y protege a ésta de eventuales depresiones y lo instrumenta en la participación de los cuidados del niño.

En nuestro país, tanto las instancias de Preparación para la Maternidad, a través de cursos pre-parto, o los servicios comunitarios que atienden a las familias de niños pequeños, como el Plan CAIF y la amplia red de jardines maternos, también constituyen un hábitat ideal para intervenciones preventivas y detección precoz.

MAYOR ARTICULACIÓN DEL SECTOR SALUD CON SERVICIOS COMUNITARIOS

Si bien la actuación del sector salud en este tema es clave, parece claro que no toda la responsabilidad de la detección y atención es de éste. La comunidad y en especial los servicios de atención a la primera infancia, como por ejemplo los ya citados centros CAIF, pueden jugar un papel fundamental en esta tarea.

En este sentido, Uruguay cuenta con un marco normativo que puede resultar promisorio para estos aspectos; un ejemplo es el convenio de ASSE, MSP, Plan CAIF y MIDES, mediante el cual se combinan esfuerzos para mejorar la atención de la mujer embarazada. Este marco normativo puede sentar bases para un abordaje conjunto e intersectorial del trabajo con grupos de crianza para madres y padres.

Para esta tarea no sólo es imprescindible la capacitación del personal técnico, sino que actividades de sensibilización de la comunidad sobre la temática también pueden resultar de alta utilidad para que todos puedan actuar como una red de sostén, detección y atención a la mujer deprimida.

Muchos estudios muestran que la psicoterapia o los abordajes psicosociales son mejor recibidos por parte de las madres, muchas de las cuales no estarían dispuestas a usar medicación

En los caso de riesgo de inminente suicidio, la prescripción de medicación se vuelve casi imperativa

Las terapias madre-bebé aparecen en el terreno terapéutico como la técnica más promisoría

Es importante tener claro que se trata de un tema que atañe no sólo al profesional especializado y que debe abordarse exclusivamente por medios farmacológicos, si bien es importante atender este aspecto en los casos más graves. Estamos frente a un problema que no se agota en lo personal ni en lo psicopatológico, sino que engloba a la comunidad toda. Por lo tanto es importante abordarlo con recursos variados, flexibles, culturalmente sustentables y científicamente sostenidos.

El abordaje de la depresión, tanto por medios psicoterapéuticos como farmacológicos, ha sido motivo de importantes estudios, siendo el más notorio el llevado adelante por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos hace algunos años. Las evidencias señalan la eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos tanto psicoterapéuticos como farmacológicos o la combinación de ambos. Tanto la psicoterapia tradicional, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han sido validadas por múltiples estudios.

La terapia farmacológica cuenta con el amplio espectro de antidepresivos. Respecto a su compatibilidad con la lactancia, las evidencias y opiniones son controversiales (Currie y Rademacher 2004, Kumar 1996). Ante la ausencia de estudios prospectivos o de cohorte con poblaciones importantes, y dadas la abrumadoras evidencias del efecto deletéreo sobre el niño de la depresión materna, muchos autores plantean que es mejor administrar la medicación si ésta es realmente necesaria (especialmente en el riesgo de suicidio) y suspenderla en caso de que el niño demuestre manifestaciones de afectación por la lactancia.

Suspender la lactancia sin un fundamento claro es especialmente peligroso en estos casos, no sólo porque el lactante está en una situación de mayor vulnerabilidad biológica sino porque lactar es muchas veces uno de los pocos sostenes preservados de la autoestima materna y quizá del vínculo madre-hijo.

Este dato es de suma relevancia para el presente estudio, pues el tratamiento de los cuadros depresivos resulta de práctica habitual de los profesionales de la Salud Mental, es costo-efectivo y se instrumenta generalmente en alguna o varias de sus diferentes modalidades en los diferentes servicios de salud, tanto públicos como privados, resultando entonces accesibles para la población general.

En general, las Guías Clínicas más reconocidas plantean, en la base a la mejor evidencia científica disponible, un gradiente de intervenciones que es claramente aplicable a la depresión materna. En los cuadros leves se

La focalización de la psicoterapia en las problemáticas perinatales ha sido jerarquizada (Defey, 2002) en función de una comprensión situacional

Es fundamental desarrollar programas de prevención y detección precoz, quedando las intervenciones especializadas para un tercer nivel de atención

Son necesarias también campañas de sensibilización a la población

privilegian las intervenciones psicosociales de tipo comunitario y ambiental, tales como el trabajo en talleres, las visitas domiciliarias por agentes comunitarios, etc. En los cuadros moderados, se plantean acciones que implican un abordaje psicoterapéutico tanto grupal como individual, si bien este último parece tener mejores resultados. En términos generales se maneja la combinación psicoterapia-medicación pero, en el caso de depresión materna, parece más indicado manejarse en base la psicoterapia dada la preocupación por la lactancia y el riesgo que pueda significar para el cuidado del lactante el hecho de que la madre reciba medicación que pueda disminuir su estado de alerta ante potenciales riesgos o inducirla a un sueño excesivamente profundo que implique la dificultad de reaccionar ante una eventual alerta respecto al niño durante la noche.

Por otra parte, muchos estudios muestran que la psicoterapia o los abordajes psicosociales recogen una mayor aceptabilidad por parte de las madres, muchas de las cuales no estarían dispuestas a usar medicación, aún si el técnico la considera necesaria.

En los casos en que se presentan cuadros graves de depresión, es necesario por lo menos discutir con la mujer la indicación de medicación en forma concomitante a la psicoterapia o en forma exclusiva.

En los casos de riesgo de inminente de suicidio, la prescripción de medicación se vuelve casi imperativa.

También es necesario realizar una consulta con médico general antes de la implementación de algún tipo de tratamiento, pues algunas alteraciones hormonales dan cuenta de una sintomatología que requiere un diagnóstico diferencial con la depresión materna propiamente dicha. De cualquier manera, los intentos de realizar un abordaje medicamentoso con hormonas en los casos de depresión han resultado muy poco promisorios.

Algunas propuestas de intervención, si bien tienen su fundamento en investigaciones científicas, resultan sumamente discutibles en su percepción de las necesidades maternas y en el efecto a largo plazo sobre la depresión misma. Así, Pickens y Fields (2002) sugieren que se instruya a las madres en imitar y atraer la atención de sus hijos, luego de encontrar que estas actitudes hacen que las madres deprimidas generen interacciones más positivas de esta forma que actuando espontáneamente.

Resulta sumamente preocupante esta actitud de “instruir” a mujeres que sienten que actúan en forma inadecuada y “no saben” ser madres. Defey (2008) muestra la tendencia del personal de salud a intervenir indicando a

las madres inseguras o deprimidas lo que deben hacer aún en presencia de evidencias de que tienden a resolver la situación por sí mismas en la interacción con el niño.

Las terapias madre-bebé (Cramer y Palacio-Espasa 1993) aparecen en el terreno terapéutico como la figura más promisoría, ya que se han demostrado eficientes en resolver gran parte del problema en abordajes breves (6-12 sesiones) que requieren personal capacitado pero resultan costo-efectivas pues permiten un trabajo de alto valor preventivo al actuar antes de que se instale la patología en el niño y evitando la cronificación o agravamiento de la depresión materna.

La focalización de la psicoterapia ha sido jerarquizada (Defey, 2002) en función de una comprensión situacional que incluya no sólo la perspectiva de comprender los factores pretéritos que pudieran estar en juego en la madre sino una mirada que incluya lo actual y situacional, teniendo en cuenta la urgencia evolutiva del niño.

Se plantea también la posibilidad e importancia de las intervenciones ambientales que permitan no sólo que la mujer comprenda sus psicodinamismos o mejore su autoestima, sino que realmente se produzcan modificaciones en un contexto que resulta fundamental en la cotidianidad del niño y la madre.

De cualquier manera, es fundamental desarrollar programas de prevención y detección precoz, quedando las intervenciones especializadas para un tercer nivel de atención.

Los grupos de apoyo para padres (Olson y Olson 1991, Fleming y cols 1992) así como los cursos o talleres de preparación para la maternidad que incluyen nociones de puericultura y una visión realista sobre las dificultades de la maternidad real, contribuyendo a desidealizarla, hacen un significativo aporte a la disminución de la incidencia de la depresión materna. Currie y Rademacher (2004) señalan como primera medida ayudar a la madre a identificar sistemas de soporte dentro de sus redes habituales, especialmente pensando en la posibilidad de hablar de su situación y sus sentimientos y temores en un contexto no culpabilizante ni amenazador. Actualmente hay varios sitios web y libros dedicados a la depresión materna (siendo el más conocido quizá el escrito por la actriz Brooke Shields).

Los servicios telefónicos de consulta durante las 24 horas provistos por varias empresas de emergencias médicas resultan también una ayuda valiosa, especialmente si se mantiene una actitud no desvalorizadora ni culpabilizante frente a las preguntas de las mujeres.

Son necesarias también campañas de sensibilización a la población a fin no sólo de facilitar la detección y tolerancia ante la madre deprimida, mejorando el apoyo afectivo e instrumental, sino también de hacer conocer las posibilidades de tratamiento que son accesibles, de fácil implementación y provistos por el sistema de salud tanto a nivel público como privado.

Bi bli ografía

- Abrams S.; Field T.; Scafidi F.; Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal* 16: 3 pp 233-239 1995
- Addiego, A; Capdevielle, E; Vázquez, C; Araujo, G; Cervetto, M. Depresión post parto e intervención temprana. (Investigación realizada en Centros Materno-Infantiles y Unidad de Perinatología) Banco de Previsión Social 2002.
- Agogué C.; Bérard A. ; Carceller A.; Ferreira E.; Francoeur D.; St-Andre M.& Zoé B. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine during pregnancy in term and preterm neonates *Pediatrics* 119:1 pp52-55 2006
- Algranti-Fildier, B; Fortineau, J. Dépressions mère-nourrisson pour une intervention précoce. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 47 (1-2) pp 45-49 1999.
- Appleby, L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ.* (Vol 302) 19 Jan- 1991
- Appleby, L; Warner, R; Whitton, A; Faragher, B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ.* 31 pp932-936 1997.
- Assanelli, M; Defey, D. Psicopatología del puerperio. Temas de Medicina Obstetricia. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana 1997.
- Badinter, E. ¿Existe el amor maternal? Buenos Aires: Paidós 1982.
- Balleyguier, G. Le développement de l'attachement selon le tempérament du nouveau-né. *Psychiatrie de l'enfant.* XXXIV, 2 pp 641-657 1991.
- Ballinger, C. B. Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 26: 6 pp 629-634 1982.
- Bartlett S.; Butz A.; Krishnan J.; Malveaux F.; Rand C.& Riekert K. Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner-city children with asthma *Pediatrics* 113:2 pp 229-232 2004.
- Bauman L.; Heneghan A.; Silver E.; Stein R. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 106:6 pp1367-1371 2000.
- Berrutti, V. Estudio de Prevalencia de Depresión Materna (Monografía de Egreso) Escuela de Parteras, Facultad de Medicina (inédito) 2010.
- Bernardi, R; Schwartzmann, L; Canetti, A; Cerutti, A; Roba, O; Zubillaga, B. Cuidando el potencial del futuro: El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay. Montevideo: Depto. Psicología Médica, Facultad de Medicina 1996.
- Bloch, M; Rotenberg, N; Koren, D; Klein, E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 28 pp3-8 2006.
- Boath E & Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Infant and Reproductive Psychology* 19:3 pp215-248 2001.
- Bowlby, J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós 1989
- Brockington, I.F & Kumar R. Motherhood and Mental Illness. Londres: Academic Press 1982
- Call, J; Galenson, E; Tyson, R. (eds.) Frontiers of Infant Psychiatry. New York: Basic Books 1983.
- Canetti A.; Camporeale N.; Da Luz S.; Lamstein I.; Mila J.; Navarrete C.; Neves N. Seguimiento Interdisciplinario del binomio hijo-madre adolescente. *Arch Pediatr. Urug.* 67(1):3 pp5-36 1996.
- Carel, A. À propos de l'exigence de travail psychique imposée aux parents par le soin de leur enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 43 (7-8) 344-351 1995.
- Casey P.; Goosby S.; Berkowitz C.; Frank D.; Cook J.; Cutts D.; Black M., Zaldivar N.; Levensopn S, Heeren T.; Meyers A. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. *Pediatrics* 113 pp 298-304 2004.

- Chaudron L., Heneghan A., Kelleher K., Eaton K., McCue S., Park E., O'Connor K., Stein R., Storfer-Isser A. Factors associated with identification and management of maternal depression *Pediatrics* 119:3 pp 444-448 2007.
- Chaudron, L.; Szilagyi P.; Campbell A.; Mounts K. & McInerney T. Legal and ethical considerations: risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *Pediatrics* 119 pp 123-128 2007.
- Cohn, J. F ; Tronick, E. Z. Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28: pp242-248 1989.
- Condon, J. T; Dunn, D. Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.27: 3 pp 293-299 1988.
- Cox, A. D. Befriending young mothers. *British Journal of Psychiatry* 163 pp6-18 1993.
- Cox, J. E; Buman, M; Valenzuela, J; Pierre Joseph, N; Mitchell, A; Woods, E. R. Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 21 pp 275-281 2008.
- Cox, J. L; Connor, Y; Kendell, R. E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 140 pp 111-117 1982.
- Cox, J.L; Murray, D; Chapman, G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*.163 pp27-31 1993.
- Cramer, B. Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal*. 14: 4 pp283-297 1993.
- Cramer, B. Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*.14: 2 pp89-99 2002.
- Cramer, B; Palacio-Espasa, F. Técnicas Psicoterápicas Mae/Bebê: Estudos Clínicos e Técnicos. Porto Alegre: Artes Médicas 1993.
- Cramer, B. Post-Partum Depression and its effects on Infants. Presentado en el V Congreso Mundial de WAIPAD Chicago 1992
- Curra, A; Dias, M; Nicolaidis, N; Souza, L; Silva, R. Depressão e gravidez na adolescência. Presentado en el Encuentro Regional del Capítulo Latinoamericano de SPR (Society for Psychotherapy Research). Montevideo, 2006
- Currie, M. L; Rademacher, R. The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. *Pediatric Clinics of North America* 51: 785-801 2004.
- Debray, R. Bébés/ mères en révolte. Paris: Le Centurion 1987.
- Defey, D. (comp.) Mujer y Maternidad, Tomos I al IV. Montevideo: Roca Viva 1994, 1995, 1996.
- Defey, D. La experiencia de la maternidad. Temas de Medicina Gineco-Obstetrica. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana 1997.
- Defey, D. (comp.) Vidas en Crisis. Pelotas: Agora/Educat 2005.
- Defey, D. Mujeres sin voz . Presentado en el II Simposio Internacional de Pesquisa en Psicoterapia. Campinas 2007
- Defey, D. El trabajo psicológico y social con las embarazadas y sus familias en los Centros de Salud. Montevideo: CAIF/PNUD 2009.
- Dennis, C.-L; McQueen, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica* pp590-594. 2007
- Díaz-Rosello, J. L; Ferreira-Castro, A. Maternology: when a baby is born, a mother is born. *Neo Reviews* pp326-331. 2008.
- Dix, C. El síndrome de la madre nueva. Buenos Aires: Sudamericana 1991.

Doesum, K., Hosman C., Hoefnagels C., Riksen-Walraven J. Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:6 pp 747-756 2007.

Dudley M.; Roy K.; Kelk N. & Bernard D. Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 19:3 pp 215-248 2001.

Edhborg M.; Lundh W.; Seimyr L. & Widstrom A-M. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Infant and Reproductive Psychology* 19:1 pp61-72 2001.

Ferrari, P; Botbol, M; Sibertin-Blanc, D; Payant, C; Lachal, C; Presme, N; Fermanian, J; Bursztejn, C. Étude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. *Psychiatrie de l'enfant* XXXIV 1:35-97 1991.

Fescina, R. H; De Mucio, B; Diaz Rosello, J. L; Martínez, G; Abreu, M; Camacho, V; Schwarcz, R. Atención integral centrada en la madre y el niño después del nacimiento. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR Publicación Científica n° 1562 2008

Field,T.; Hossain, Z.; Malphurs, J. "Depressed" fathers's interactions with their infants. *Infant Mental Health Journal* 20:3 pp322-332 1999

Fitzgerald, H., Mann T., Barrat M. Fathers and Infants. *Infant Mental Health Journal* 20: 3 pp 213-221 1999

Fleming, A. S. The effects of social support groups on depression, maternal attitudes and behaviour in new mothers. *J. Child Psychology Psychiatry*. 1992.

Forman D.; Videbech,P.; Hedegaard, M.; Dalby J,; Secher,N. Postpartum depression: identification of women at risk *Br J Obstet Gynaecol* 107 pp 1210-1217 2000

Giberti, E. Maternidad e ideología obstétrica. Buenos Aires: Centro de Estudios de la Mujer. 1982.

Gjerdingen, D ; Crow, S ; McGovern, P ; Miner, M ; Center, B. Postpartum depression screening at well-child visits: Validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 7 pp63-70 2009 .

Glazener, C. M. A ; Abdalla, M ; Stroud, P ; Naji, S ; Templeton, A ; Russell, I. T. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.102 pp282-287 1995

Ghodsian M. ; Zajicek E & Wolkind S. A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 pp91-109 1984

Golse, B. Du Corps à la Pensée. Paris : Presses Universitaires de France 2001

Golse, B. La continuité dépressive à travers les âges (Les modèles de la dépression chez l'enfant). *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 47 (1-2) pp12-16 1999

González, M. C; Silva y Rosas, E; Prego, C. E; Choca, F; Juncal, A; Correa, S; Meneghetti, X; Barcia, V; Kitowski, S; Ambrosoni, M; Coitinho, S. Detección, prevención y tratamiento de la depresión de adolescentes durante el embarazo y el post-parto. Efectos en el vínculo temprano madre-bebe y en el desarrollo del niño. *Revista APPIA*. No 17 2008 .

Gordon, R; Gordon, K. Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *Amer J Obstet Gynec.* 77:1074-83 1959.

Gordon, R. E; Kapostins, E. E; Gordon, K. K. Factors in postpartum emotional adjustment. *Obstetrics and Gynecology* 25:2 pp158-166 1965.

Green, A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort Paris: Editions du Minuit 1983.

Guedeney, A; Bungener, C; Wildlocher, D. Le post-partum blues: une revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'enfant* XXXIV 1 pp329-354. 1993. Guedeney A. De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 47 (1-2) pp63-71 1999

Guedeney, N. Les Enfants De Parents Déprimés. *Psychiatrie de l'enfant* XXXII 1 pp269-309 1989

- Gunlicks, M. L; Weissman, M. M. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 47:4 pp379-389 2008
- Hannah, P; Adams, D; Lee, A; Glover, V; Sandler, M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry* 160, 777-780. 1992.
- Harel J., Oppenheim D., Tirosh E., Gini M., (1999) Associations between mother-child interaction and children´s later self and mother feature knowledge. *Infant Mental Health Journal* 20:2 1999
- Harris, B; Johns, S; Fung, H; Thomas, R; Walker, R; Read, G; Riad-Fahmy, D. The hormonal environment of post-natal depression. *British Journal of Psychiatry* 154 pp660-667. 1989.
- Hart, S.; Field, T.; Rottfarb, M. Depressed mothers' assessments of their neonates' behavior *Infant Mental Health Journal* 20:2 pp 200-210 1999
- Heneghan A.; Mercer M. & DeLeone N. Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? *Pediatrics* 113 pp460-467 2004
- Heneghan A.; Chaudron L.; Storfer-Isser A; Park E.; Kelleher K; Stein R.; Hoagwood K. & McCue S. Factors associated with identification and management of maternal depression by pediatricians. *Pediatrics* 119 pp444-454 2007
- Heneghan A.; Johnson E.; Bauman L. & Stein R. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics* 106 pp1367-1373 2000
- Holden, J. M; Sagovsky, R; Cox, J. L. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 298 pp223-6 1989.
- Horney, K. Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Hormé 1967.
- Hossain, Z; Field, T; González, J; Malphurs, J; Del Valle, C. Infants of "Depressed" Mothers Interact Better with Their Nondepressed Fathers. *Infant Mental Health Journal* 15:4 pp358-367 1994
- Instituto Nacional de Estadística (UDELAR)/Inmujeres(MIDES)/Facultad de Ciencias Sociales/UNIFEM/UNFPA. Las bases invisibles del bienestar social. Montevideo 2009.
- Jaime, O. M; Solis, N. V; Zarate, M; Linetzky, J; Antieza, O. A. Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil. *Acta Científica Estudiantil* 4:3 pp137-145 . 2006.
- Kabir K., Sheeder J., Stafford B., Stevens-Simon C. Screening for Postpartum Depression at Well-Child Visits: Is once enough during the first six months of life? NASPAG 22nd Annual Clinical Meeting pp1-14 2008
- Kendell, R. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders *Journal of Psychosomatic Research* 29:1 pp3-11 1985
- Kennedy, R. E. Suicide in pregnancy and the puerperium. *Br Med J* 302 1991 .
- Kennedy, R. E. Emotional and Physical Factors in the Genesis of Puerperal Mental Disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 29:1 1985
- Kim, J. J; Gordon, T. E. J; La Porte, L. M ; Adams, M ; Kuendig, J. M ; Silver, R. K. The utility of maternal depression screening in the third trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* pp199:509 2008.
- Kumar, R. y Robson, K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry* 144 pp35-44 1984
- Labar P. Modalités de la dépression maternelle dans les retards et les absences de langage du jeune enfant. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 47 (1-2) pp54-56 1999
- Landy, S; Montgomery, J; Walsh, S. Postpartum depression: a clinical view. *Maternal-Child Nursing Journal.* 18:1, pp 1-29. 1985
- Langer, M. Maternidad y Sexo. Buenos Aires: Paidós 1976

Lartigue, J; Maldonado-Durán, J. M; González-Pacheco, I; Suceda-García, J. M. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 22:2 pp111-131 2008

Laurel-Cubizolles, M. J; Romito, P; Lelong, N; Ancel, P. Y. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107 2000.

Lebovici, S y Weil-Halpern, F. (comps) La Psychopathologie du Bébé. Paris: Presses Universitaires de France 1989

Lemaitre-Sillère, V; Meunier, A; Hérubel, A ; Choquet, M.-C. « Baby-Blues » : dépression du « post-partum » et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie. *Psychiatrie de l'enfant* 22 :1 pp 161-208 1989.

Lempérière, T; Rouillon, F; Lépine, J. P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 37660-A10 pp1-12 1984.

Lerner, B; Raskin, R; Davis, E. B. On the need to be pregnant *Int. J. Psycho-Anal* 48 pp268-275 1967.

Lombardi, A. El Ideal Maternal. Ficha del Centro de Estudios de la Mujer. Buenos Aires 1982.

Lundy B., Field T. Cigales M., Cuadra A.. Vocal and Facial Expression Matching in Infants of Mothers with Depressive Symptoms. *Infant Mental Health Journal* 18:3 pp265-273 1997

Madsen, S. A; Juhl, T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scale. *JMHG* 4:1 pp26-31 2007

Malphurs J. ; Fields T. ; Larraine C. ; Pickens J. ; Pelaez-Nogueras M. ; Yando R. & Bendell D. Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal* 17 :2 152-160 1996

Marcelli, D. « La depression dans tous ses étaps » Du nourrisson à l'adolescent... et après 2eme Partie : Le nourrisson *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 47 (1-2) pp1-11 1999.

Marciano, P. Le père, l'homme et le masculin en périnatalité. Paris: Spirale. 1999

Martinez, A.; Malphurs,J.; Field,T. Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners *Infant Mental Health Journal* 17:1 pp74-84 1996

Marcus, S. M ; Barry, K. L; Flynn, H. A; Tandon, R; Greden, J. F. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gyn Obs* 72 pp71-60 2001.

Mazet, P; Lebovici, S. Psychiatrie périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie. Paris: Presses Universitaires de France 1998.

McLearn, K. T ; Minkovitz, C. S; Strobino, D. M; Marks, E; Hou, W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med* 160 pp 279-284 2009

Minkowitz C.; Strobino D.; Scharfstein D.; Hou W, Miller T.;Mistry K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life *Pediatrics* 115 pp306-314 2005

Moraes Ferrari, D. O puerperio sua importância na formação da família. *Femina* 22:10 pp508-518 1994

Mounts, K. O. Screening for maternal depression in the neonatal ICU. *Clin. Perinatol* 36 pp 137-152 2009.

Murray, L... Postnatal depression and infant development: emotional and cognitive development of infants may be adversely affected. *British Medical Journal* 302 1991

Nielsen Forman, D; Videbech, P; Hedegaard, M; Dalby Salvig, J; Secher, N. J. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obs Gyn* 107 2000

O'Brien L.; Gardner E.; Hanna M.; Watts P. & Cox J.L. Postnatal depression and faltering growth: a community study. *Pediatrics* 113 pp1242-1247 2004

O'Hara, M. W; Stuart, S; Gorman, L. L; Wenzel, A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 57:1039-1045. 2000.

Olson A.; Dietrich A.; Prazar G. & Hurley J. Brief maternal depression screening at well-child visits. *Pediatrics* 118 pp207-216 2006

Olson, A.; Kemper, K.; Keheller, K.; Hammond, C.; Suckerman, B. Dietrich, A. Papel del pediatra de asistencia primaria y responsabilidad percibida acerca del diagnóstico y tratamiento de la depresión materna *Pediatrics (Ed esp)* 54 (6) pp286-296 2002

Osório, C.; Pinheiro, R.; Da Silva, R.; Faria, A.; Magalhaes, P.; Muenzer, R. Depresión pos-parto: severidad de los síntomas y alianza terapéutica. Presentado en el Encuentro Regional del Capítulo Latinoamericano de SPR. Montevideo, octubre 2006.

Pickens, J.; Field, T. Attention-getting vs imitation effects in depressed mother-infant interactions *Infant Mental Health Journal* 14:3 pp171-181 1993

Pitt, B. "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 114 pp1325-1329 1968

Póo, A. M.; Espejo, C.; Godoy, C.; Gualda, M.; Hernández, T.; Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile* 136:1 pp44-52 2008

Poobalan, A. S.; Aucott, L. S.; Ross, L.; Smith, W. C. S.; Helms, P. J.; Williams, J. H. G. Effects of treating postnatal mother-infant interaction and child development. *British Journal of Psychiatry* 191 pp378-386 2007.

Prettyman, R. J.; Friedman, T. Care of women with puerperal psychiatric disorders in England and Wales. *Br Med J* 302 pp1245-6. 1991.

Priest, R.G. Trastornos Psicológicos en Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Toray. 1987

Prill, H.-J & Stauber, M. (comps) *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Berlin: Springer-Verlag 1982.
Purves, L. Como no Ser una Madre Perfecta. Buenos Aires: Paidós. 1990

Rich-Edwards, J.; Mohlajee, A.; Kleinman, K.; Hacker, M.; Majzoub, R.; Wright, R.; Gillman, M. Elevated mid-pregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal but not postpartum maternal depression *J Clin Metabol* 93:5 pp1943-1945 2008

Risco, L.; Jadresic, E.; Galleguillos, T.; Garay, J. L.; González, M.; Hasbún, J. Depresión posparto: alta frecuencia en puerperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2:1 pp 61-66 2002.

Romito, P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*. Vol 609 (supl 154) 1990. Rousseau, P. Deuil pendant la grossesse et incidences sur la dépression post-natale. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 47 (1-2) pp31-35 1999.

Saurel-Cubizolles M.; Romito P.; Lelong N.; Ancel P. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy *Br J Obstet Gynaec* 107 pp1202-1209

Schore, A. N. Contributions from the Decade of the Brain to Infant Mental Health. *Infant Mental Health* 22 pp1-2 2001

Séguin, L.; Potvin, L.; St-Denis, M.; Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 26:3 pp157-163 1999

Sirol, F. Le diagnostic anténatal, un nouvel indice prédictif de dépression maternelle *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 47 (1-2) pp17-21 1999.

Spitz R. El Primer Año de Vida del Niño. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica 1994

Stein, A.; Gath, D. H.; Bucher, J.; Bond, A.; Day, A.; Cooper, P. J. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry* 158 pp 45-52 1991.

Steiner, M. Psychobiology of mental disorders associated with childbearing. An overview. *Acta Psychiat. Scand.* 60 pp449-464 1979.

- Stern, D. N; Bruschweiler-Stern, N; Freeland, A. El nacimiento de una madre Buenos Aires: Paidós 1999
- Stewart, D. E. Perinatal depression (Editorial) *General Hospital Psychiatry* 28 pp1-2 2006.
- Suri, R ; Burt, V. K; Altshuler, L.L; Zuckerbrow-Miller, J. Fairbanks, L. Fluvoxamine for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 158 :1739-1740. 2001.
- Toledano, C. Accidents neuro-psychiatriques et troubles psycho-pathologiques de la puerpéralité. *Encicl.Med.Quir., Obstetrique* 5048 A10 (11) 1981.
- Tourrette, C; Marcelli, D. Étude longitudinale (de la naissance à 21 mois) du développement d'enfants à risques, comparés à un groupe d'enfants témoin. *Neuropsychiatr. Enfance. Adolesc.* 47(1-2) pp57-62 1999.
- UNESCO, (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).2006. global Monitoring Report for Education for All. 2007
- Valdéz, L. –Comunicación personal. 2009
- Vegas, Emiliana y Santibañez Lucrecia, La promesa del Desarrollo en la primera Infancia en América Latina y el Caribe. Banco Mundial, 2009.
- Veloze, D. Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal-Child Nursing Journal* 19:2 pp113-134 1990.
- Videla, M. Maternidad: Mito y Realidad. Buenos Aires: Peña Lillo 1984.
- Villanueva, L. A; Pérez-Fajardo, M. M; Iglesias, L. F. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México* 68 pp143-148 2000.
- Weissman M.; Paykel E. & Klerman G. The depressed woman as a mother social Psychiatry & pp98-108 1965
- Welburn, V. Postnatal Depression. Londres: Fontana 1980
- Wickberg-Johansson, B; Erlandsson, B; Philip Hwang, C. Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 14:1. 1996.
- Winnicott, D. W. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia 1958
- Wolman, W.-L; Chalmers, B; Hofmeyr, G. J; Nikodem, V. C. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 168:1 pp1388-93 1993
- Wrate, R. M; Rooney, A. C; Thomas, P. F; Cox, J. L. Postnatal depression and child development: a three-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 146 pp622-627 1985.
- Zeanah, C. H. Postpartum depression and infant mental health. *WAIMH NEWS* 1:1 1993
- Zeanah, C. H; Emde, R. N. Attachment disorders in infancy and childhood En Rutter, M. Child and Adolescent Psychiatry Oxford: Blackwell 1994.
- Zeanah, C. H; Zeanah, P. D. Intergenerational transmissions of maltreatment: insights from attachment theory and research. *Psychiatry* 52 pp177-196 1989

Anexo I

cues tio nario

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Consigna de Presentación:

Buenos días/tardes, mi nombre es _____, pertenezco a la Facultad de Medicina. En estos momentos estamos realizando un estudio que busca conocer cómo se sienten las mujeres madres durante el primer año de vida de sus hijos. ¿Podría hacerle algunas preguntas?

A-INFORMACIÓN PERSONAL

- 1) Fecha nacimiento de la madre: ____/____/____
- 2) Fecha de nacimiento del hijo: ____/____/____
- 3) Barrio en el que reside actualmente: _____
- 4) Estado conyugal:
 - a) Soltera b) Unión libre
 - c) Casada d) Separada/divorciada
 - e) Viuda
- 5) Último nivel educativo alcanzado:
 - a) Primaria incompleta
 - b) Primaria completa
 - c) Secundaria ciclo básico/UTU incompleto
 - d) Secundaria ciclo básico/UTU completo
 - e) Secundaria bachillerato/UTU incompleto
 - f) Secundaria bachillerato/UTU completo
 - g) Terciaria incompleta
 - h) Terciaria completa
 - i) Universidad incompleta
 - j) Universidad completa
- 6) ¿Con quién vive? Especificar edades **solamente** de los hijos.

MARCAR LA CANTIDAD	RELACIÓN CON LA PERSONA ENCUESTADA
	Esposo/a o compañero/a
	Padre/madre
	Suegro/Suegra
	Hermano/a
	Cuñado/a
	Otro pariente
	Otro no pariente

CATEGORÍA	HIJOS	EDAD DEL HIJO/A
	Hijo 1	
	Hijo 2	
	Hijo 3	
	Hijo 4	
	Hijo 5	
	Hijo 6	
	Hijo 7	

Categorías:

- 1- Hijo/a de la madre y del cónyuge
- 2- Hijo solo de la madre
- 3- Hijo solo del cónyuge

B) SITUACIÓN OCUPACIONAL

7) ¿Actualmente posee algún trabajo remunerado? (si está de licencia por maternidad se considera que la persona está actualmente trabajando)

- a) SI
- b) NO (pase a p. 10)

8) ¿Su trabajo principal es fuera del hogar?

- a) SI
- b) NO

9) ¿Cuántas horas semanales trabaja aproximadamente (incluye todos los empleos)?

- a) Menos de 20 horas
- b) Entre 20 y 30 horas
- c) Entre 30 y 40 horas
- d) Más de 40 horas

B.a) SÓLO PARA LAS QUE NO ESTÁN TRABAJANDO

10) ¿Está actualmente buscando trabajo (realizó alguna acción en el último mes)?

- a) SI (pase a p.12)
- b) NO

11) ¿Por qué motivo? Puede marcar más de una opción

- a) Me encargo de las cosas de la casa
- b) Cuido a los niños/ adultos mayores/enfermos del hogar.
Si contesta esta opción preguntar por las siguientes opciones:
 - i) Porque su familia tomó la decisión
 - ii) Porque usted tomó la decisión
 - iii) Porque económicamente no puede acceder a otras opciones de cuidado
- c) No encuentro un empleo que me sirva (cantidad de horas, remuneración, tipo de tareas, flexibilidad horaria, etc.)

- d) Busco y no encuentro
- e) Mi familia (pareja, padres, personas influyentes en mi vida diaria) no está de acuerdo con que yo trabaje
- f) Estoy en seguro de desempleo
- g) Otros

B.b) PARA TODAS, PREGUNTAR A TODAS LAS MUJERES:

- 12) ¿Recibe usted ayuda doméstica en el cuidado de los niños
- a) SI
 - b) NO

- 13) ¿Recibe ayuda doméstica en las tareas del hogar?
- a) SI
 - b) NO

C) INFORMACIÓN DE LA PAREJA Y DEL PADRE DEL NIÑO

- 14) ¿El padre del niño vive con usted?
- a) SI
 - b) NO

- 15) ¿Alguien la acompañó en el parto?
- a) SI, quién?
1. Pareja 2. Padre del niño 3. Otro, (especificar) _____
 - b) NO

- 16) ¿Su pareja (padre del niño o no) trabaja actualmente?
- a) SI
 - b) NO

- 17) ¿Se siente usted apoyada afectivamente por su pareja?
- a) SI
 - b) NO

- 18) ¿Lo ha notado deprimido/a en algún momento después que nació el niño/aniño?
- a) SI
 - b) NO

- 19) Desde que nació el niño/aniño, su pareja le ha hecho algún tipo de reclamo, por ejemplo como que usted no está igual que antes y no atiende algunas cosas de la misma manera?
- a) SI
 - ¿De qué tipo?

- i. Afectiva/ Sexual
- ii. Responsabilidades del hogar
- iii. Otros

b) NO

20) ¿Está experimentando actualmente problemas en la pareja?

- a) SI
- b) NO

D) FACTORES PSICOSOCIALES

21) Desde el nacimiento de su último hijo/a, ¿ha vivido sucesos relevantes importantes personales?

- a) SI Marque cuáles:
 - i. Fallecimiento de persona cercana. Especificar _____
 - ii. Pérdida de trabajo
 - iii. Cambio de trabajo
 - iv. Enfermedad grave propia
 - v. Enfermedad grave de personas cercana
 - vi. Pérdida de vivienda
 - vii. Mudanza
 - viii. Emigración de personas cercanas
 - ix. Problemas económicos
 - x. Separación de la pareja
 - xi. Desilusión respecto a personas importantes para usted
 - xii. Otros

b) NO

22) Algunas mujeres se encuentran deprimidas en determinados momentos del embarazo
¿Estuvo Ud. deprimida alguna vez en el embarazo?

- a) SI ¿Cuándo?
 - i. Durante este embarazo
 - ii. En otros embarazos

b) NO

23) ¿Estuvo deprimida luego de tener alguno de sus hijos?

- a) SI ¿Cuándo?
 - i. Luego de nacer este hijo/a
 - ii. Luego de nacer otros hijos/as

b) NO

24) ¿Estuvo deprimida alguna vez en su vida?

- a) SI ¿Durante ese período estuvo bajo tratamiento?
 - i. SI
 - ii. NO

b) NO

25) ¿Existen en su familia (Padres y hermanos/as) antecedentes de personas con depresión importantes?

- a) SI
- b) NO

26) ¿Se siente apoyada en esta etapa de su vida por familiares o amigos cercanos?

- a) SI
- b) NO

27) ¿Ha vivido alguno de los siguientes episodios? (MOSTRAR TARJETA)

- a) Dificultades para quedar embarazada
- b) Abortos
- c) Fallecimiento de hijos antes o poco después de nacer
- d) Complicaciones durante los embarazos
- e) Dificultades para amamantar a este hijo
- f) Dificultades para amamantar a hijos anteriores

E) INFORMACIÓN DEL HIJO/A

28) ¿Su hijo/a tiene problemas de salud importantes?

- a) SI
- b) NO

29) ¿Tiene problemas de alimentación?

- a) SI
- b) NO

30) ¿Tiene problemas para dormir?

- a) SI
- b) NO

31) ¿Cuáles de las siguientes características definen a su hijo/a?

- | | |
|------------------------|---------------------|
| a) Tranquilo | b) Irritable |
| c) Demandante | d) Mimoso |
| e) Dificil de calmar | f) Duerme demasiado |
| g) Juguetón | h) Inquieto |
| i) Indiferente | j) Nervioso |
| k) Llorón | l) Vivaz |
| m) Dificil de entender | n) Comprador |

Anexo II

escala

de

Edim

burgo

(EPDS)¹³

Como usted recientemente ha tenido un bebé queremos saber cómo se está sintiendo. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los **ULTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se siente hoy.

Por ejemplo, si la pregunta es: **Me he sentido feliz**

- *Sí, todo el tiempo*

- **(X) *Sí, la mayor parte del tiempo***

- *No, no muy a menudo*

- *No, nunca*

Si elige la que está marcada significa que “me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada”.

Por favor, responda a las siguientes preguntas de la misma manera, marcando con una cruz la respuesta que usted elija.

- 1) Me he podido reír y ver el lado alegre de las cosas
 - a) Como lo hice siempre
 - b) No tanto ahora
 - c) Mucho menos ahora
 - d) No, no he podido
- 2) Espero con entusiasmo las cosas que van a suceder
 - a) Tanto como siempre
 - b) Un poco menos que antes
 - c) Sin dudas menos
 - d) Prácticamente nunca
- 3) Me he sentido culpable sin razón cuando las cosas no han salido bien
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nunca
- 4) He estado angustiada o preocupada por cosas poco importantes
 - a) No, para nada
 - b) Casi nunca
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, muy a menudo

- 5) Me he sentido muy temerosa o asustada por cosas que no eran para tanto
- a) Sí, bastante
 - b) Sí, a veces
 - c) No, no mucho
 - d) No, nada
- 6) Las cosas me desbordan
- a) Sí, la mayor parte de las veces no he podido manejarme como lo hago siempre.
 - b) Sí, la mayor parte de las veces me manejo bastante bien, pero no me he manejado tan bien como siempre
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
- 7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
- a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
- 8) Me he sentido triste o desgraciada
- a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
- 9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
- a) Sí, casi siempre
 - b) Sí, bastante a menudo
 - c) Sólo cada tanto
 - d) No, nunca
- 10) He pensado en hacerme daño a mi misma
- a) Sí, bastante a menudo
 - b) A veces
 - c) Casi nunca
 - d) No, nunca



