

# Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas

## Effects of a prenatal preventive program for puerperal depression in primiparous woman

Gladys Ibonni Toranzo Pérez  
Universidad de San Martín de Porres

Fecha de Recepción: 27/07/09

Fecha de aceptación: 19/10/09

---

### RESUMEN

**S**e presentan y analizan los resultados de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal. La muestra está constituida por 104 gestantes primíparas asignadas al azar a un grupo control y experimental. Los efectos del programa fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck. Alrededor del quinto mes de gestación se aplicó un Programa Preventivo de la Depresión Puerperal al grupo experimental y un Programa Placebo al grupo control. Los resultados indicaron que el grupo experimental presentaba significativamente menor depresión con relación al grupo control ( $p < 0,05$ ). Considerando que la muestra no es muy grande se recomienda realizar estudios multicéntricos con la finalidad de desarrollar programas preventivos a nivel nacional.

**Palabras clave:** Prevención, depresión puerperal, reestructuración cognitiva

### ABSTRACT

Presents and analyzes the results of a preventive program for prenatal depression. The sample consists of 104 primiparous pregnant women randomly assigned to a control and experimental group. The effects of the program were evaluated using the Beck Depression Inventory. Around the fifth month of gestation was implemented a Prevention Program to the depression group and an experimental program to Placebo control group. The results indicated that the experimental group had significantly less depression compared with the

control group ( $p < 0.05$ ). Considering that the sample is not very large multicenter studies are recommended to develop prevention programs by nationwide.

**Key words:** Prevention, natal depression, cognitive restructuring.

## INTRODUCCIÓN

La depresión en general es una de las entidades clínicas que mayor dramatismo ofrece no solo por su expresión sintomatológica sino también por su nivel de prevalencia. El suicidio es una de las consecuencias más dolorosas, sin embargo el deterioro tanto en el aspecto socio laboral y del cuidado personal son también importantes. Cuando este cuadro clínico se presenta en el puerperio la situación se torna más dramática pues compromete además al recién nacido. Este periodo comienza con la salida de la placenta hasta cumplida las seis semanas después del parto.

La sintomatología de la Depresión Puerperal es la misma que se presenta en cualquier trastorno depresivo y consiste básicamente en tristeza, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, visión pesimista del futuro, propensión al suicidio, pérdida del apetito y del sueño. Para el diagnóstico, además de los síntomas antes descritos el cuadro clínico deberá tener una duración de por lo menos dos semanas o tener una presentación muy grave.

En cuanto a la prevalencia de la depresión puerperal Da-Silva (1998) estima entre 10-15% en muchos países. Ogrodniczuk y Piper (2003) entre el 8 y el 20%. En el Perú, según Ángeles (1991) es de un 38,3%; en un estudio en 60 puérperas atendidas en el Hospital Cayetano Heredia en la ciudad de Lima. En la Maternidad de Lima, Barrera y Bérnizon (2000) en 151 puérperas adolescentes (parto normal o cesárea), encuentran que cerca del 50% presentan depresión moderada. Kanashiro (2000) en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con 220 encuentra un 17,8%.

**Respecto a la etiología** Montes (2008) hace referencia a las tesis actuales de la disminución de serotonina a nivel central estaría relacionada al cuadro depresivo. Otro sistema comprometido sería el inmunológico, el cual tendría aparte de la disminución cuantitativa, defectos en el reconocimiento y protección contra un antígeno determinado. **Bloch et**

**al (2000) investigaron el papel de los esteroides gonadales en la producción de depresión puerperal, concluyendo que los estrógenos y la progesterona participarían en el desarrollo de la depresión puerperal.**

**Con relación a los factores socioculturales,** Alkar y Gencöz (2005) en un estudio sobre depresión puerperal entre madres de diversas culturas, observaron que una mitad de la muestra total presentó un alto nivel del sintomatología depresiva en el puerperio de una a dos semanas y aproximadamente el 22,6% un incremento de estos síntomas entre las cuatro y seis semanas. **Lee, Chung y Leung (2004)** usando métodos epidemiológicos etnográficos, estudiaron a 959 mujeres chinas para investigar los factores de riesgo socioculturales asociados a la depresión puerperal. Las mujeres fueron evaluadas en tres oportunidades; la primera, que sirvió de línea base, en el tercer trimestre de la gestación, la segunda inmediatamente después del parto y la tercera en el tercer mes del puerperio en la que se determinaba si la puérpera presentaba depresión. Se examinaron seis variables que pudieran estar asociadas a la depresión puerperal. Las que resultaron relacionadas fueron los conflictos con la suegra y el descontento marital. La práctica cultural del «peiyue – chino» en el puerperio, ayuda establecida por mandato de la familia, ofrecía un riesgo levemente más bajo para la presentación de la depresión puerperal. El embarazo en adolescentes es otro factor de riesgo para el desarrollo de la depresión puerperal. Clemmens (2002) estudió una muestra de 20 madres adolescentes entre las edades de 16 y 18 años de varias escuelas en las ciudades del noreste de Estados Unidos. Exploró sus pensamientos, sensaciones y opiniones sobre su depresión después del nacimiento de sus bebés. Fue común la referencia de haber sido golpeada por una tormenta. Las creencias fueron organizadas en seis grupos temáticos: La repentina maternidad, la experiencia de ser aventada a dos realidades, un pensamiento constante de querer explicar lo inexplicable, un sentimiento de abandono de las personas significativas, que todo se va hacia abajo y un deseo de cambiar de creencias para ver el futuro de diferente manera. Evans et.al. (2003), señala que de las mujeres de la población general, las más susceptibles de presentar este trastorno del desorden del humor puerperal, es decir de mayor riesgo, son las primíparas. Austin et. al. (2005), hicieron un estudio en la que aplicaron el (Pregnancy Risk Questionnaire. PRQ) y el Edinburgh Depression Scale (EDS) a las 32 semanas de la gestación y el EDS entre los dos y cuatro meses del puerperio. El PRQ permitió la identificación de los grupos de alto y bajo riesgo. Los resultados tuvieron una significativa sensibilidad y especificidad para la predicción de la depresión puerperal. La conclusión fue que las primigestas tenían un

riesgo significativamente mayor de desarrollar una depresión puerperal. En el Perú, Bravo y Mendoza (1990), en un estudio prospectivo y transversal con una muestra de 500 gestantes tanto primigestas como multigestas, hallaron que el 61,2% tiene nivel escolar y el 38,8% nivel superior.

Con relación al tratamiento de la depresión puerperal Foreman y Henschaw (2002) señala que la finalidad del tratamiento de la depresión puerperal no sólo sería mejorar el cuadro clínico sino también disminuir las consecuencias negativas sobre la relación de la madre y su infante. Se conoce que a pesar de la efectividad demostrada de los antidepresivos en la mayoría de casos de los trastornos depresivos refieren Ayuso y Gutiérrez (2005) la decisión de iniciar un tratamiento farmacológico, en este periodo, requiere de un análisis muy cuidadoso, que implica evaluar adecuadamente el costo/beneficio pues el riesgo no sólo es para la madre sino también para el recién nacido. Winans (2001) recomienda que, en cualquier caso, si una mujer elige amamantar durante el tratamiento antidepresivo, el infante debe ser supervisado cuidadosamente por los síntomas gastrointestinales, la sedación, la agitación y la irritabilidad. Por lo expuesto, lo recomendable sería, en lo posible, evitar el uso de antidepresivos y psicofármacos en el puerperio y sobre todo cuando la madre está amamantando. Otro recurso de tratamiento para la depresión en general y la depresión puerperal en particular, es la psicoterapia. Según el estudio comparativo que realizó DeRubeis (2005) cuando se aplica, sobre todo para la depresión moderada, puede ser tan útil como los antidepresivos. Los estudios de **Pinquart et al. (2003) corroboran estos hallazgos. Dentro de los abordajes, uno de los que muestra efectividad es del modelo cognitivo y el de la Terapia Racional Emotiva de Ellis.** Rupke et al. (2006) hicieron una revisión de las intervenciones según el modelo cognitivo; refirieron que la terapia cognitiva es un proceso de tratamiento que permite a los pacientes corregir sus falsas creencias que pueden resultar en un humor y comportamiento negativos. **Los siguientes estudios reconocen y confirman sobre la utilidad de la intervención de tipo cognitiva: Appleby et al (1997), Plaud (1998) y Maclnnes (2004).**

Dentro de las estrategias preventivas de la depresión puerperal Zinga et al (2005) hicieron una revisión de la literatura sobre estrategias psicosociales de corte educativo y terapéutico de enfoque interpersonal y cognitivo conductual habiendo encontrado influencias positivas. Chabrol et al. (2002) realizaron un estudio en tres clínicas obstétricas de Francia, asignando aleatoriamente mujeres embarazadas en dos grupos: de intervención y control. Las mujeres en ambos grupos permanecían internadas por tres a cinco días. El grupo de intervención recibió sesiones

de intervención cognitivo-conductual. El grupo de intervención presentó rangos mas altos de recuperación y una reducción significativa en la presentación de depresión (30,2% v. 48,2%). Hyun, Jung y Jeong (2008) realizan un estudio en 927 mujeres embarazadas que marcaban un puntaje mayor a 16 en el Inventario de Depresión de Beck, para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de la depresión post parto. Los análisis de covarianza demostraron que existían diferencias significativas y concluyeron que la intervención prenatal puede ser un medio eficaz de prevención.

Se tiene también información sobre la influencia de la depresión puerperal sobre el desarrollo del infante: Murray y Cooper (1996) reportan evidencias que relacionan la depresión puerperal con indicadores de compromiso emocional y cognitivo no sólo en la temprana infancia; el estudio de Righetti-Veltema et al. (2003) **en el cual durante 18 meses observaron el desarrollo del niño, encontrando que aquéllos con madre depresiva tenían dificultades en su desarrollo en general. También O'Brien et al. (2004) hallaron asociaciones entre la depresión de madres puérperas y problemas en el desarrollo de sus niños en los dos primeros años de vida.**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los resultados los estudios que se han presentado indican que la depresión no solo afectaría a la puérpera sino también al infante en su desarrollo y que el tratamiento psicofarmacológico no es recomendable en este periodo por los efectos colaterales en el lactante. Por otro lado, estos estudios demuestran que el uso del modelo cognitivo conductual sería eficaz en las intervenciones preventivas. Esta situación lleva a plantear que sería menos costoso y más favorable tanto para la madre como el niño el prevenir la depresión puerperal. Por lo expuesto, se consideró conveniente la aplicación de un programa preventivo cognitivo de la depresión puerperal durante el embarazo, para lo cual se constituirían dos grupos y la pregunta de investigación sería: ¿Es efectivo un programa de reestructuración cognitiva prenatal para prevenir la depresión puerperal? La justificación del presente estudio se sustenta no tan solo por los costos sociales o económicos que representan para la madre y el Estado sino para proteger fundamentalmente la díada madre-niño y también porque en la búsqueda bibliográfica nacional que se ha hecho del tema no se ha encontrado artículos sobre programas de prevención para la depresión puerperal.

## MÉTODO

### Diseño y participantes:

El diseño es de tipo experimental, con dos grupos: experimental y control. La población de referencia ha sido aquella que asistió durante el año 2005 al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San José de la provincia Constitucional del Callao. El total de parturientas fue de 4,256, de primigestas 220. El número de la muestra se obtuvo a través de la fórmula de tamaño de la muestra para proporciones utilizando el muestreo aleatorio simple. Por lo tanto la muestra no debería ser menor de 49 sujetos para el grupo experimental. A cada grupo, control y experimental, se asignó 52 participantes. Los criterios de inclusión fueron el no presentar trastorno psicótico, trastorno depresivo y alguna enfermedad orgánica limitante.

### Instrumentos

- a) *Lista de chequeo de trastornos psicóticos:* Con la finalidad de descartar la psicosis se elaboró una lista de chequeo basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, versión IV. (DSM IV, 1995). Tiene un total de 10 ítems, las participantes tienen dos opciones de respuesta: sí o no. Este instrumento fue sometido a validez de criterio de jueces (tres psiquiatras y tres psicólogos clínicos). El procedimiento consistió en un análisis de contenido de los ítems con el propósito de apreciar el grado de correspondencia con los ítems con los criterios diagnósticos del DSM IV.
- b) *Lista de chequeo de creencias irracionales asociadas al puerperio:* La confección de esta lista se realizó identificando, en un grupo piloto de puerperas deprimidas, las creencias irracionales según el marco teórico de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis. Se identificó las creencias irracionales referidas «a si mismas», «a los demás» y «al contexto» según las denominadas «nociones» de la TRE. Finalmente la lista confeccionada se sometió a criterio de expertos (Tres psicólogos clínicos con formación en terapia cognitiva). Esta lista de chequeo tuvo la finalidad solo de orientar la búsqueda de creencias irracionales en el grupo experimental.

### **Creencias irracionales referidas a si mismo**

---

Yo no debería tener ninguna enfermedad durante el puerperio porque esto pondría en riesgo de muerte a mi hijo o de mi misma. Si sucediera eso me sentiría muy angustiada, desesperada o al borde de un ataque de nervios

Sería una madre muy descuidada si mi hijo se enfermase. Si sucediera eso me sentiría muy triste y desconsolada

Yo debería ser capaz siempre de controlar mis emociones para no dañar a mi hijo, de lo contrario soy una mala madre. Si esto no sucediera me sentiría una madre desgraciada y esto aumentaría mi desesperación. Así como no tener leche

---

### **Creencias irracionales referidas a los demás**

---

Mi pareja o familia deberían comportarse de la manera más delicada, amable y comprensiva en este periodo si no serían muy malos y eso me pondría sumamente triste

Es intolerable la enfermedad de mi hijo, él nunca debería enfermarse y debería verse siempre saludable sino me sentiría muy desesperada y descontrolada.

Mi hijo siempre debería tomar su leche para no enfermarse o poner en riesgo su vida pues de lo contrario me sentiría muy triste, desesperada y desolada.

---

### **Creencias irracionales referidas al contexto**

---

El sistema familiar en el que me encuentre en este periodo debería ser de máxima comprensión, si no sucediera eso sería muy terrible.

En el Servicio de Ginecología, como me conocen, siempre deberían tratarme bien, muy amablemente, de lo contrario me sentiría muy molesta, colérica y frustrada.

En las oficinas, centro de labores, mercado y otras dependencias deberían siempre facilitarme las cosas por mi estado de púerpera de lo contrario me sentiría muy molesta, irritable y colérica

---

- c) *Inventario de Depresión de Beck (IDB)*: El inventario que se estandarizó fue el revisado en 1996 por Beck, Ball, Steer, y Ranieri y publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana. El Inventario de Depresión de Beck fue estandarizado en el Perú en una población de 173 pacientes, Novara et al.(1985) profesionales del Instituto Nacional de salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». La confiabilidad se determinó a través de su dispersión, empleándose el estadístico Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de Alpha total de 0,85

## Procedimiento

Las primigestas fueron seleccionadas cuando estas acudían a su control prenatal entre las 28 y 32 semanas de gestación. Se las abordaba y se les invitaba a participar del programa sin que ello represente para ellas un costo económico. Algunas aceptaban y otras no. Las que aceptaban eran evaluadas con la lista de chequeo de psicosis y el Inventario de Depresión de Beck con la finalidad de descartar psicosis y depresión. La enfermedad orgánica se descartó con el informe de la evaluación clínica del médico tratante. Las gestantes seleccionadas, luego de firmar el consentimiento informado eran distribuidas al azar en el grupo control (GC) y experimental (GE). Las gestantes que no asistieran a una sesión eran excluidas del estudio. Al grupo experimental se aplicó el programa preventivo cognitivo y al grupo control el programa «placebo». Ambos grupos se dividieron en tres subgrupos de 17 y 18 participantes cada uno y asistieron a seis sesiones que duraban 120 minutos cada uno y con una frecuencia de una vez por semana.

*Programa preventivo cognitivo*: El objetivo de este programa fue reestructurar las creencias irracionales siguiendo el marco teórico de la Terapia Racional Emotiva (TRE). Se tomó como referencia la lista de chequeo de creencias irracionales asociadas al puerperio: Los objetivos de cada una de las seis sesiones son las siguientes: S1.- Identificación de la relación entre cognición, emoción y conducta. S2.- Reconocimiento de los elementos del A-B-C como técnica de reestructuración de los deberías relacionados consigo mismo y al puerperio. S3.- Modificar las creencias irracionales como por ejemplo de que es una mala madre si se comete un error en la atención del bebe: salud, alimentación y de que es la única que debe cuidar al niño. S4.- Modificar las creencias irracionales como por ejemplo de que el hecho de ser madre trae consigo atención, buen trato y obtener cosas. S5.- Modificar creencias irracionales como por ejemplo de que el puerperio es sinónimo de prioridad de atención en



ámbito hospitalario y laboral. Y S6.- Consolidar las sesiones anteriores y despedida.

Las técnicas básicamente fueron las siguientes: 1- Detección: Se buscar e identifica las creencias irracionales que están asociadas a las emociones y conductas perturbadoras. 2- Debate: Es el proceso de refutación que consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales. 3- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales 4- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (en vez de decir No puedo, decir, todavía no pude). 5- Técnicas referenciales: Se anima al paciente ha hacer un listado de aspectos positivos de un comportamiento (cognición, emoción o conducta) para evitar generalizaciones polarizantes.

El marco teórico de esta intervención es la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis cuyo supuesto fundamental es que las personas no se alteran por los hechos sino por la forma de pensar que tienen acerca de esos hechos.

*Programa «placebo».* El objetivo fue realizar sesiones de dinámicas grupales en la que se tratarán aspectos generales no referidos a las creencias irracionales en general y específicamente referidas al puerperio. Estas sesiones no tienen el objetivo de producir cambios en el comportamiento o en el sistema de creencias de las gestantes, sino el realizar sesiones neutras que no influyan sobre sus deberías y de esta manera pueda, este grupo servir realmente de grupo control. Los objetivos de cada una de las seis sesiones son las siguientes: S1.- Propiciar que las personas se conozcan, S2.- Propiciar que el grupo se integre, S3.- Indagar sobre el nombre que le pondrán a sus hijos, S4.- Dialogar sobre los cuidados de la salud en general, S5.- Identificar cambios físicos como consecuencia del embarazo y S6.- Despedida.

Una vez finalizada la aplicación de los programas de intervención, se procedió a esperar que las gestantes den a luz y entren de esta manera a la fase de puerperio, para la reevaluación con el Inventario de Depresión de Beck entre la tercera y la cuarta semana de puerperio.

### **Análisis de datos:**

Se ejecutó los análisis estadísticos mediante el programa SPSS versión 16. Se hizo un estudio descriptivo de ambos grupos, mediante las medidas de tendencia central como desviación estándar de la muestra

total. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si las puntuaciones de depresión tenían una distribución normal. Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov determinaron que las comparaciones entre los grupos se realizaran mediante pruebas no paramétricas.

## RESULTADOS

A fin de conocer las condiciones en que ingresan las participantes, en cada grupo se examinaron los niveles de depresión con el IDB. En la Tabla 1 se observa que tanto el GE como control GC al inicio del estudio no presentan depresión. Asimismo, se puede observar según los coeficientes de variación que ambos grupos muestran una elevada dispersión. Esto podría indicar que las puntuaciones obtenidas no tienen una distribución normal, lo que a su vez orientó la necesidad de verificar la condición de normalidad de las puntuaciones antes de iniciar el programa.

**Tabla 1**

Media, desviación estándar y nivel de depresión de los grupos y muestra total antes del programa.

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>	<b>Coefficiente de variación</b>	<b>Nivel de depresión</b>
G. Experimental	52	4,02	1,721	42,81	Ausente
G. Control	52	4,67	2,112	45,22	Ausente
Total	104	4,35	1,945	44,71	Ausente

Con el propósito de verificar la condición de homogeneidad de los grupos antes del programa se hizo la primera comparación entre el GE y el GC con la U de Mann Whitney, encontrándose (Tabla 2) que no se dan entre los grupos al inicio del programa diferencias significativas. Por tanto, se confirma la homogeneidad de las muestras de estudio y se asume que tanto el grupo control como el experimental presentan las mismas condiciones antes de iniciar el programa.

**Tabla 2**

Test de U Mann Whitney para comparación de rangos promedios de los grupos antes del programa.

Grupos	N	Rango Promedio	Estadístico U Mann Whitney	P
G. Experimental	52	47,55	1094,00	0,088
G. Control	52	57,45		

En la tabla 3 podemos apreciar que la puntuación de depresión del GC es más elevada que la del GE. En promedio, además, las puntuaciones del grupo control se encuentran en una categoría de severidad más elevada que la del grupo experimental. Apreciamos también que el coeficiente de variación resulta demasiado elevado en ambos grupos (experimental y control), lo cual indicaría que los datos están muy dispersos, señalando con ello la posibilidad de que dichos datos no estén distribuidos normalmente. Por consiguiente, se decidió evaluar estos datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de determinar si están distribuidos normalmente o no.

**Tabla 3**

Estadísticos descriptivos después del Programa.

	N	Media	Desviación típica	Coefficiente de variación	Nivel de depresión
G. Experimental	52	9,1	7,92	86,76	Sin depresión
G. Control	52	15,4	11,93	77,39	Depresión leve
<b>Total</b>	104	12,28	10,56	86,01	

Los resultados de esta prueba pueden verse en la tabla 4. Como se aprecia, las puntuaciones en depresión en el GC poseen una distribución normal mientras que en el GE no. Para la comparación de los grupos se decidió aplicar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

**Tabla 4**

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el puntaje en depresión después del Programa.

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Z de Kolmogorov-Smirnov</b>	<b>p</b>
G. Experimental	52	2,21	0,000
G. Control	52	1,34	0,056

Según el Test U de Mann Whitney (Tabla 5), el nivel de depresión en el GE es menor al del GC y esta diferencia resulta estadísticamente significativa.

**Tabla 5**

Test de U Mann Whitney para comparación de rangos promedios de los grupos después del Programa

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Estadístico U Mann Whitney</b>	<b>p</b>
G. Experimental	52	41,59	784,5	0,000
G. Control	52	63,54		

En la tabla 6, se observa la estimación de riesgo comparando los grupos control y experimental. Se comprueba la efectividad del programa preventivo de reestructuración cognitiva como un factor protector contra la depresión en madres primigestas al obtener un OR de 0.25. Es decir que por cada madre que llegue a desarrollar depresión en el grupo control cuatro madres que reciben el programa de reestructuración no desarrollan esa patología.

**Tabla 6**

Estimación de riesgo para sufrir depresión comparando el grupo control y experimental

	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Depresión (ausencia o presencia)	250	103	607
	100		

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue determinar si un programa preventivo de reestructuración cognitiva antes del parto es efectivo para disminuir la depresión puerperal en primigestas, indudablemente el hacer programas como el que presentamos no es la única manera de prevenir la depresión puerperal.

Por ejemplo Dennis (2004) refirió que disminuir la cantidad de exposición a un factor de riesgo dado podría ser otra forma de disminuir la incidencia de la depresión puerperal. A esta estrategia se pueden añadir otras, además de los abordajes cognitivo conductuales, refiere el autor; como por ejemplo la psicoterapia interpersonal, clases prenatales, ayuda de apoyo intrapartum, continuidad del cuidado, notificación temprana postpartum, estrategias educativas, y relajación con imágenes.

En nuestro estudio se comparó el GE con un GC que no recibió este programa. Los resultados nos muestran que hay diferencias significativas

entre el grupo control y el grupo experimental. Asimismo, las primigestas que han recibido el programa de reestructuración cognitiva antes del parto tienen cuatro veces menos riesgo de hacer depresión post-parto. Estos resultados indicarían la efectividad del programa de reestructuración basado en la TRE, sin embargo, se hace imprescindible realizar estudios similares multicéntricos con muestras de mayor tamaño que nos permita sacar conclusiones más definitivas; el daño para la madre, el recién nacido y la familia es tan grande que creemos lo amerita.

Zinga, Born y Phillips (2005) en la revisión que hicieron sobre este tema, refirieron un estudio realizado en tres clínicas obstétricas en Francia, en el que asignaron aleatoriamente a un grupo control y experimental, gestantes a quienes internaban por un período de cinco días. El GE recibió sesiones de corte cognitivo comportamental. El GE mostró cifras significativamente menores de ocurrencia de depresión post-parto.

Vendría a resultar una consecuencia lógica de nuestros resultados el desarrollar programas preventivos de este tipo a nivel nacional. Se sabe que las autoridades de salud en general consideran conveniente invertir en programas de prevención pues conocen que el gasto en tratamiento es mayor, sin embargo, se tiene que hacer evaluaciones de costo/beneficio muy claros para no invertir innecesariamente, y en este sentido es realista tomar en cuenta lo que señalan Stuart et al. (2003) sobre la validez de las intervenciones de prevención. Como ya se ha señalado, estos autores refirieron que las intervenciones preventivas realizadas y publicadas son poco comparables entre sí considerando que entre ellas existen diferencias en cuanto al número de dimensiones que participan, como, por ejemplo el tipo de profesional que conduce la intervención, la intervención individual contra grupal, el tipo de intervenciones, el número de sesiones proones proporcionada) 6[estra fuductual., y el momento de la intervención.

Por otro lado, en la muestra del presente estudio, el mayor porcentaje de participantes está constituido por adolescentes, tanto en el GC como en el GE. Como se sabe, una de las poblaciones de mayor riesgo es este grupo etáreo. En relación con ello, Clemmens (2002) refiere que la depresión afecta la capacidad de la madre adolescente de mantener relaciones interpersonales; esto puede dar lugar a menudo a un aislamiento incluso de su contacto con el niño, lo que pondría en juego su seguridad.

Los temas a reestructurar, como se mencionó en la parte del Método, se han deducido de la teoría de la TRE y del estudio piloto

mencionado, sin embargo, consideramos que probablemente algunos temas importantes no se han tocado.

Una exploración más amplia, como, por ejemplo, la realizada en los estudios epidemiológicos de **Lee et al. (2004)** serían un buen modelo a seguir; estos autores estudiaron a 959 mujeres, de un hospital de Hong Kong, antes del parto e inmediatamente después del mismo con la Escala de Edimburgo. Los resultados indicaron que los conflictos con la suegra y la pareja eran factores importantes asociados con la depresión puerperal. Los autores concluyeron que estos resultados se deben interpretar a la luz de una concepción etnográfica pues las sociedades asiáticas tienen características particulares en los aspectos referidos a la dinámica familiar. Para nuestro medio sería conveniente aproximaciones similares. También sería conveniente tener muestra de multigestas y cesareadas.

Por último, un estudio reciente de Hyun et. al. (2008) en la que concluyen que su estudio piloto preliminar ha proporcionado pruebas empíricas de que

la intervención cognitivo conductual prenatal puede ser un medio eficaz de prevención de la depresión puerperal, corroboraría nuestros hallazgos.

## CONCLUSIONES

1. Los resultados del estudio demuestran que existen diferencias significativas entre el GC y GE en las puntuaciones de depresión con posterioridad a la realización del programa, lo cual estaría indicando la efectividad del mismo para prevenir la depresión post-parto.
2. Comparando las puntuaciones de los grupos control y experimental obtenidas después de concluido el programa, se observa que las primigestas del GE tienen cuatro veces menos riesgo de hacer depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alkar, Ö. y Gencöz, T. (2005). *Critical factors associated with early postpartum depression among turkish women*. Contemporary Family Therapy 27(2): 10.1007/s10591-005-4043-5
- Ángeles, MA. (1991). «*Depresión en Puerperio Inmediato*». Tesis Bachiller Medicina. UPCH. Lima.
- APA (American Psychiatric Association) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Pichot, P.; López-Ibor Aliño. (traductores). Masson, S.A. Barcelona
- Appleby, Faragher, B. L., Warner, R., Whitton, A.** (1997). *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression*. BMJ. 1997 Mar 29;314(7085):932-6.
- Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Saint K, Parker G. (2005). *Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire*. Acta Psychiatr Scand: 112: 310–317.
- Ayuso-Gutierrez, J. (2005). *Depressive subtypes and efficacy of antidepressive pharmacotherapy*. The World Journal of Biological Psychiatry. 6 (2): 31-37.
- Barrera, B. y Bérninzon, B. (2002). *Depresión en madres adolescentes primerizas durante el post-parto mediato del Hospital Maternidad de Lima*. Tesis para licenciatura en Psicología. UNIFE. Lima.
- Bloch, M., Danaceau, M., Nieman, L., Murphy, J., Peter J., Rubinow, D., Rubinow, D. y Schmidt, P.** (2000). *Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression*. Am, J Psychiatry 157:924-930.
- Bravo, J., Mendoza, G. (1990). *Información de la gestante sobre embarazo, parto y puerperio en el Centro Médico Naval según grado de escolaridad y paridad*. Tesis Br. En Enf. UPCH. Lima.
- Chabrol, H., Michaud, C., Roge, B., Saint – Jean, M., Sistac, C., Teissedre, F. y Teisseyre, N. (2002). *Prevention and treatment of post partum depression: A Controlled randomized study on women at risk*. Centre d'Estudes et de Recherche en Psychopathologie,. University de Toulouse- Le Mirail, France
- Clemmens, D. (2002). ***Adolescent mothers' depression after the birth of their babies: weathering the storm***. Psychology and Behavioral Sciences Collection. 37: pp147



- Da-Silva, V., Carvalho, M., Martins, M., Moraes-Santos, A. y Teixeira, N. (1998) *Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women*. Braz J Med Biol Res, volume 31(6) 799-804.
- DeRubeis, R. et. al. (2005). **Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression**. Arch Gen Psychiatry. 62:409-416
- Evans, G., Marín, R. y Vicuña, M. (2003). *Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud*. Rev. Chil. Ostet. Ginecol. 68(6): 491-494.
- Foreman, DM. y Henshaw, C. (2002). *Objectivity and subjectivity in postnatally depressed mothers' perceptions of their infants*. Child Psychiatry and Human Development, 32(4) 233-237.
- Hyun, C., Jung, K., y Jeong, L. (2008). *Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study*. Yonsei Med J 49(4):553 – 562.
- kanashiro. J. (2000). *Prevalencia en el puerperio y factores de riesgo asociados*. Tesis Medicina Humana. UNMSM. Lima.
- Lee, D., Chung, T., Leung, T. y Yip, A. (2004)**. *Ethnoepidemiology of postnatal depression Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong*. The British Journal of Psychiatry 184: 34-40.
- MacInnes, D. (2004). *The theories underpinning rational emotive behaviour therapy: where's the supportive evidence?*
- Montes, C. *La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja*. Disponible en: <http://caibco.ucv.pe/caibco/CAIBCO/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosPDF/psiquiatria.pdf>. Consulta: mayo 2008
- Murray, L. & Cooper, P. (1996) *Impact of postpartum depression on child development*. Internacional Review of Psichiatry, 8,1.
- Novara, J., Sotillo, C y Warthon D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para Depresión en población de Lima Metropolitana*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Lima.
- O'brien, L; Gardner, E; Hanna, M; Lee, J. y Watts, P. (2004)** *Postnatal depression and faltering growth: a community study*. Pediatrics 113, 1242-1247

- Ogrodniczuk, JS and Piper, WE. (2003). *Review preventing postnatal depression: a review of research findings*. Harv. Rev. Psychiatry; 11: 291–307.
- Pinquart, M., Duberstein, P. & Lyness, J. (2006).** *Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy* American Journal of Psychiatry 163 (1): 493-1501
- Plaud, J. (1998). *Rational-emotive behavioural therapy and the formation of stimulus equivalence classes*. J, Clin. Psychol. 54: 597-616.
- Righetti-Veltema, M; Bousquet, A & Manzano, J. (2003) *Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12:75–83.
- Rupke, S., Blecke, D., y Renfrow, M. (2006). *Cognitive Therapy for Depression*. Am Fam Physician. 73:83-6, 93.
- Winans, E. (2001). *Antidepressant Use During Lactation* J Hum Lact. 17(3):256-261.
- Zinga D., Born, L. y Phillips, S. (2005). *Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?* Rev. Bras. Psiquiatr. 27 suppl 2.